KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH

W WARSZAWIE.

Tom III. S T Y C Z E Ń. Zeszyt I.

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.
WARSZAWA 1924.

Rok III. Warszawa, Styczeń 1924 r. № 1.

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

Sympathectomia periarterialis

Podali

P. Goldstein i M. Abramowicz

(Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA SOŁOWIEJCZYKA).

Operację, zwaną „*Sympathectomia periarterialis*" lub— jak wielu ją nazywa — operację Lériche'a, stosujemy obecnie w całym szeregu zachorzeń na tle niedostatecznego dopływu krwi tętniczej do kończyn lub narządów, jak również w wypadkach ciężkich, nie poddających się gojeniu owrzodzeń, na tle angiotroficznym lub neurotroficznym. Lériche wykonał i opisał pierwszą swoją operację w r. 1914. H. Higier o kilkanaście lat wcześniej, w 1901 r. (Deuts. Zeit. f. Nerv. 1901 s. 438—496), radził w ciężkich przypadkach *Claudication intermittente*, ze zgorzelą i silnemi bólami, zamiast amputacji, wykonać zabiegi bardziej niewinne na pniach nerwowych (elongatio, torsio, resectio) lub na splotach współczulnych, otaczających wielkie naczynia krwionośne. Jak widzimy, jest to myśl, którą również rozwinął w swoich pracach Lériche, oparłszy ją na mocnej podstawie prac doświadczalnych i pogłębiwszy ją teoretycznie.

Podkreślić jednak należy, że Réné Lériche'a natchnął do zajęcia się tą sprawą znakomity chirurg i nauczyciel jego Jaboulay, który jeszcze wcześniej myślał również o przecinaniu nerwu współczulnego, ale w przebiegu innych zachorzeń i w innej formie. Jaboulay bowiem już w 1899 roku opisał w pra-

cach Lyońskiego Tow. Chirurgicznego operację, która polegała na obnażaniu tętnicy udowej w sposób taki, jak gdyby się ją chciało podwiązać, oraz na przecinaniu przebiegających na niej widocznych gałązek nerwowych w celu uśmierzenia bólów neuralgicznych. Jaboulay nazwał tę operację „*La dénudation arterielle*".

Lériche, który był wówczas asystentem Jaboulay'a, zachwycony jego pomysłem, wykonywał ten zabieg w przypadkach *mal perforant du pied*. Czasami wyniki były nadspodziewanie dobre — owrzodzenia szybko się goiły, w innych zaś wypadkach rezultat był ujemny. Lériche sądząc, że przy operacji Jaboulay'a nie zawsze udaje się przeciąć odpowiednie gałązki nerwu współczulnego, wpadł na pomysł przecinania zakończenia lub splotów nerwów sympatycznych w błonie zewnętrznej tętnic. Jak już powiedziano wyżej, operację tą wykonał Lériche po raz pierwszy w 1914 r. w przypadku „*mal perforant du pied*". Podczas zabiegu Lériche zwrócił uwagę, że tętnica udowa jest jakgdyby skurczona, cienka, blada i nie tętni. L. sądził, że jest to niedorozwój wrodzony tętnicy lub stan, wywołany chorobą ściany naczynia, a który spowodował właśnie owrzodzenie troficzne na stopie. Przy oddzielaniu błony zewnętrznej tętnicy udowej w 2 następnych przypadkach spotkał się Lériche z tym samym zjawiskiem: tętnica była wąska, skurczona, blada, bez wyraźnego tętnienia, natomiast po krótkim czasie cała stopa zabarwiała się na czerwono, jakgdyby od wzmożonego przypływu krwi tętniczej ku obwodowi k. d. i w związku z tym stała się cieplejszą nawet od stopy zdrowej. W przypadku czwartym oraz następnych Lériche bacznie obserwował operowane tętnice i doszedł do wniosku, że zjawisko kurczenia się, zblednięcia tętnicy i zaniku tętna jest wywołane przez zabieg operacyjny, t. j. mechaniczne podrażnienie końców nerwu współczulnego, przebiegającego w błonie zewnętrznej tętnicy. Zjawisko to jest punktem wyjścia i zarazem tłomaczy operację Lériche'a. Polega ono na tym, że obnażamy tętnicę, która w dalszym przebiegu zasila chory organ i usuwamy błonę zewnętrzną jej (*adventitia)*, w której przebiega właśnie splot n. współczulnego na przestrzeni 8—10—12 ctm. Lériche kładzie nacisk na potrzebę usuwania czyli wycinania, a nie zaś tylko oddzielania błony

zewnętrznej. W miejscu operowanym następuje skurcz tętnicy, natomiast naczynia obwodowe wkrótce potym się rozszerzają na czas rozmaicie długi.

To rozszerzanie się naczyń obwodowych, a znaczy to dopływ krwi tętniczej do chorej kończyny, ma wybitny wpływ leczniczy w całym szeregu zachorzeń. Można by tu było przeprowadzić pewną analogję pomiędzy działaniem przekrwienia zastoinowego Bier'a a operacją Lériche'a, pomimo różnic w wyborze drogi, prowadzącej do tego samego celu i różnicy w gatunku krwi: u Bier'a żylnej, u Lériche'a—tętniczej.

Technika operacji Lériche'a nie jest trudna, aby jednak otrzymać wyniki pewne i dobre, to wykonanie jej winno być niezmiernie skrupulatne i dokładne. Cięcie —zależnie od tętnicy—wykonywamy typowe dla podwiązania danej tętnicy; wybiera się natomiast taką część naczynia, od której nie odchodzą znaczniejsze gałązki. Po obnażeniu naczynia, podnosimy dwiema małemi pincetkami b. delikatnie błonę zewnętrzną, ostrożnie ją, nacinamy i powoli oddzielamy od błony środkowej. Należy niezmiernie skrupulatnie i dokładnie usunąć całą błonę zewnętrzną (adventitia), aby nie pozostawić na naczyniu gałązek n. współczulnego. Co pewien czas możemy, nprz. gazikiem, zmoczonym w roztworze fizjologicznym soli, dotykać tętnicy, wówczas zauważyć można na niej jeszcze drobne, nieusunięte pasemka tkanki błony zewnętrznej, które możemy dodatkowo usunąć.

Operację Lériche'a można wykonywać prawie na wszystkich większych tętnicach, przeważnie w znieczuleniu miejscowym. Przeciwskazaniem jest jedynie miażdżyca posunięta tętnic, która może być przyczyną rozerwania naczynia podczas operacji i gwałtownego krwotoku. Lériche opisuje dwa takie przypadki wśród 80 swych chorych operowanych (1922). Kreuter (Centrabl. f. Chir. № 46—47, 1923) opisuje wypadek niewielkiej zgorzeli ściany tętnicy w związku, jak sądzi, ze zbyt dokładnym usunięciem błony zewnętrznej, a wraz z nią i *vasa vasorum*, co spowodowało silny krwotok, a następnie i śmierć chorego.

Z liczby naszych 24 przypadków straciliśmy również jednego chorego, pośrednio w związku z krwawieniem. Owrzodzenia chorego były już bowiem zagojone, to też wyjechał do

domu na prowincję. Tam dostał krwawienia z rany, które zatamowano, jak się dało. W związku z tym rozwinęła się ciężka ropowica, od której właśnie chory zginął.

Co do wskazań operacyjnych, to autor zabiegu tego określił je w jednym zdaniu, jak następuje: „We wszystkich chorobach, w których odżywianie obwodowe jest upośledzone, o ile nie jest ono wywołane chorobą ośrodkowego układu nerwowego lub chorobą krwi, względnie naczynia krwionośnego, należy wykonać *„Sympathectomiam periarterialem“*.

A więc: *Endarteriitis obliterans*, *ulcera cruris*, nie poddające się gojeniu wszelkie trofoneurozy obwodowe, sclerodermia, sclerodactylia, zanik paznokci, wreszcie niektóre postaci reumatyzmu, zanim wystąpią rozmaite zniekształcenia.

Następnie Lériche pragnąłby zapoczątkować stosowanie tego zabiegu w niektórych zachorzeniach gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, aby wzmódz działalność danego gruczołu (kretynizm, zanik jądra męskiego lub jajnika z przyczyn niewiadomych i n. inne).

W ostatnich czasach rozwinięto jeszcze bardziej ideę Lériche'a w tym kierunku, że zaczęto usuwać zwoje nerwu współczulnegó na szyi (*ganglion cervicale sup.*, *med.* i *inf.*) w niektórych chorobach płuc (*Asthma bronchiale*) i serca (*Angina pectoris*). Własnego doświadczenia w tym kierunku nie posiadamy, ale wyniki są podobno zachęcające.

Materjał nasz kliniczny obejmuje 24 przypadki, z nich 1 chory, operowany w zakładzie prywatnym, a 23 na oddziale chirurgicznym B w Szpitalu na Czystem.

Z pośród tych 24 chorych — 16 operowano z powodu najrozmaitszych owrzodzeń podudzia, a 8 z powodu silnych bólów, wywołanych przez rozpoczynającą się lub już rozwiniętą zgorzel jednego lub kilku palców u stopy, wzgl. zgorzeli całej stopy. Jeden z nich miał objawy te na ręce w związku z twardziną skóry i palców u dłoni.

Pozwolimy sobie w kilku słowach przytoczyć tu poszczególne historje choroby tych chorych.

I. Z. K. l. 29. Od 3-ch lat owrzodzenie na prawym podudziu (5×7 ctm.) 4-I 23. operacja Leriche'a. 19/I wypisana z zupełnie zagojoną raną.

2. C. S. starzec. Cierpi od kilkunastu lat na wrzód gole-

ni. 5/5 23 operacja. 16/5 wypisuje się ze znaczną poprawą, a później rana zagoiła się zupełnie,

3. F. K. l. 67, chory od roku. Owrzodzenie zajmuje $^{2}/_{3}$ podudzia. Wass. ujemny. Operacja 26/V. 1923 r. Z początku brzegi owrzodzenia podgoiły się nieco, ale nastąpiło znów pogorszenie. Ziarnina poczęła bujać ponad miarę, zbadano ją, okazało się że był to rak płaski kończyny.

4. O. J. l. 51. Owrzodzenie lewego podudzia (5×5 ctm.) 4/IV. 23. Operacja. 16/IV 23 wypisana z zupełnie zagojoną raną.

5. A. B. 48-mioletnia. Owrzodzenie lewego podudzia ($4^{1}/_{2}$×$4^{1}/_{2}$ ctm.). Cierpi od 2-ch lat. Operacja 2/V 23 r. Wypisana z raną zagojoną 23/V 23 r.

6. M. J. 67-letni, Od 10-ciu lat owrzodzenie obustronne podudzi (5×$4^{1}/_{2}$ otm. i 3×4 ctm.) Operacja 7/V 23 r. Wypisuje się ze znaczną poprawą (pozostały maleńkie ranki) 1/VII 23 r. (Chory leżał w szpitalu dłużej z powodu zropiałego krwiaka na miejscu rany operacyjnej.)

7. O. J. 48-letnia, cierpi od roku na ekzemę mokrą podudzia, ciągłe bóle i swędzenie i kilka niegojących się owrzodzeń. 13/X 23. Operacja. Wypisuje się po 2-ch tygodniach ze znaczną poprawą. Swędzenie i bóle zupełnie znikły, chodzi swobodnie, ranki jednakże nie wszystkie jeszcze się zagoiły.

8. U. M. 20-letnia. Od 4-ch lat *ulcus cruris* (5×10 ctm.). Leczona z powodu *Lues latens* na oddziale wenerycznym. Wass. ujemny. Operacja 28/5 23 r. Wynik z początku dodatni, później pogorszenie. Wówczas wykonano badanie krwi. Odczyn Wassermana ++++. Leczenie swoiste dało wreszcie znaczną poprawę.

10. Z. F. l. 50. Od 6-ciu lat miała owrzodzenie prawej goleni (17×14 ctm.) Przed 4-ma laty po operacji Thierscha (przeszczepienie naskórka) poprawa dość znaczna, obecnie znów pogorszenie 15/5 23 operacja. Wypisana 7/VI z poprawą po kilku tygodniach ambulatoryjnego leczenia chora znów się pokazała. Wynik zabiegu nieznaczny.

11. T. F. 18-letnia. Przed 6-ma laty oparzyła się naftą. Owrzodzenie bardzo znaczne (około 18×15 ctm.) 24/I 23. Operacja. Po 15-tu dniach wypisała się z poprawą. Po 3-ch tygodniach chora listownie zawiadomiła, że owrzodzenie zupełnie się zagoiło.

12. O. K. 60-letnia. Od 30-u lat owrzodzenie na prawej goleni. 4/VI 23. Operacja 7/VII 23. Wypisała się z raną zupełnie zagojoną.

13. A. E. 43-letnia, miała od 4-ch lat owrzodzenie lewej goleni. Na udzie blizna po dokonanej już widocznie sympathektomji (nie na naszym oddziale). Wynik operacji był ujemny. Chora zgodziła się na powtórny zabieg, który wykonano poniżej miejsca poprzedniej operacji w d. 29/VII 23 r. W dniu 11/IX 23 r. chora wypisała się z raną zupełnie zagojoną.

14. M. W. 24-oletni. Owrzodzenie sztuczne na prawej goleni wielkości 6×4 ctm. od kilku lat. Od 1½ roku leczy się rozmaitemi środkami bez skutku. 16/XI 23 operacja Leriche'a. Już po 10-u dniach rana zupełnie zagojona.

15. K. R. l. 55. Owrzodzenie goleni (6×6 ctm.) 13/XI Operacja. Obecnie (29/XI 23) widoczna już znaczna poprawa i zmniejszenie się owrzodzenia.

16. Mężczyzna, lat 56. Owrzodzenie na prawej goleni (6×7 ctm.), nie poddające się leczeniu. Operację Leriche'a wykonano w lipcu 1923 r. Po 2-ch tygodniach chory wypisał się z wybitną poprawą, pozostała tylko niewielka ranka.

17. S. F. 33-letni mężczyzna. Od 6-iu lat bóle w prawej dolnej kończynie. Od 4-ch lat na wewnętrznej powierzchni palucha ranka, nie poddająca się leczeniu. Po „skrobaniu" rana się podobno na pewien czas zagoiła, aby się wkrótce jeszcze bardziej rozszerzyć. Bóle odtąd stały się nieznośne, zwłaszcza w nocy. W okolicy palucha wytworzyło się zgorzelinowe ognisko. 17/XI 22. *Sympathectomia periarterialis.* W pierwszych dniach po operacji bóle znikły zupełnie, aby wkrótce powrócić. Po paru tygodniach choremu wykonano amputatio z powodu zgorzeli stopy.

18. M. A. 31-letni mężczyzna. Chory od 3-ch lat. Objawy *claudication intermittente* (lewa kończyna dolna). Od 2-ch lat znaczne pogorszenie. Stałe dokuczliwe bóle. Zgorzelinowe owrzodzenie nie gojące się na V-ym palcu lewej kończyny dolnej. Od 2-ch miesięcy ból w pięcie i ognisko zgorzelinowe na powierzchni podeszwowej stopy. *Lues negat. Diabetes abest. Abusus in nicotino.* Tętnienie *l. art. femoralis* nie wyczuwa się nawet pod lig. Poupart. 8/I 23. Operatio Leriche'a. Stwierdzono znaczne zmiany w ścianie tętnicy, która leżała w trudnych do oddzielenia zrostach (*periarteriitis*). W ciągu pierwszego tygodnia bóle ustąpiły. Stan chorego dobry. Po 8 dniach chory uskarża się znow na bóle, które stale się wzmagają. 5/II. 23. Wobec braku poprawy wykonano *ablatio cruris sin.* Mimo operacji chory jeszcze przez czas dłuższy uskarżał się na bóle. Ze szpitala wypisany z poprawą.

19. M. E. mężczyzna, lat 42. Od 4-ch miesięcy objawy ohromania przestankowego. W ostatnich tygodniach stałe bóle w lewej kończynie dolnej. *Abusus in nicotino.* Na prawej dolnej kończynie tętnice normalne, na lewej wyczuwa się tętnienie tylko w *a. femoralis* pod lig. Poupart., natomiast *ar poplitea sin. a. tibialis postica* i *a. dorsalis pedis s.* nie tętnią. 16/V. 23 operacja. 28/V 23 chory wypisuje się z poprawą.

20. W. N. 42 l. Chory od 13-u lat. Był operowany za granicą 8 razy z powodu rozwijającej się zgorzeli na lewej kończynie dolnej. Przybył z brakiem lewej kończyny (*amputatio* powyżej kolana), brakiem palucha prawego i rozpoczynającą się zgorzelą palca drugiego u prawej stopy. 5/VI 23 wykonano operację Léri-

che'a. 20/V wypisał się z wybitną poprawą i z raną znacznie podgojoną.

21. 50-ioletni L. F. cierpi od 15-u lat na niegojące się owrzodzenie z początku tylko palucha prawego, a następnie i drugiego palca. Bóle w ostatnich czasach dość znaczne, zwłaszcza w nocy. 21/VI 23 operacja Leriche'a, wypisał się po 8-miu dniach. Ranki się oczyściły. Chory opowiada, że w nocy śpi dobrze, a bóle zupełnie ustąpiły.

22. X. X. Jest to pierwszy przypadek, operowany (Goldstein) w Szpitalu na Czystem, jeszcze na tymczasowym oddziale chirurgicznym w pawilonie V-ym, a drugi przypadek, operowany wogóle w Warszawie (jeśli się nie mylę), mniej więcej w czerwcu 1922 r. Karty chorego niestety odszukać nie mogliśmy. Był to zwykły przypadek *Endarteriitis obliterans* u człowieka względnie młodego, prawdopodobnie na tle *abusus in nicotino*. U chorego rozwinęła się zgorzel 2-ch palców u stopy. Cierpiał na gwałtowne bóle tak, że noce spędzał w pozycji siedzącej i jęczał. Wykonano choremu (w porozumieniu z kolegą Rotstadtem, który go badał pod względem neurologicznym i leczył przed operacją) sympathektomję podług Leriche'a + podwiązanie żyły udowej podlug Oppel'a. Wynik był doskonały. Bóle ustąpiły natychmiast, a zgorzałe części palców w szybkim czasie się oddzieliły i odpadły. Po uzupełniającym leczeniu na Oddz. Ter. Fizyk. chory wypisał się w pomyślnym stanie zdrowia.

23. A. G., 43 letni mężczyzna, chory od roku. Wrzód zgorzelowy palca u prawej stopy. Gwałtowne bóle. *Abusus in nicotino.* 29/XI 23. Op. Leriche'a. W pierwszych dniach chory trochę narzekał, ale zaznacza sam, że porównania niema z okropnemi bólami, na które cierpiał przed operacją. Chory leży jeszcze na oddziale chir.

24. Dr. B. młody lekarz, u którego na tle twardziny skóry rozwinęła się zgorzel ostatniej falangi kilku palców lewej ręki. Chory cierpiał na znaczne bóle, co skłoniło go do poddania się operacji. Wykonano *sympathectomia periarterialis* na *art. brachialis sin.* W krótkim czasie po operacji bóle znikły zupełnie, na co kolega ten specjalny kładł nacisk. Części palców, uległe zgorzeli, powoli się oddzieliły i odpadły.

Zastanówmy się obecnie nad naszym materjałem. Pierwsza grupa obejmuje 16-tu chorych z owrzodzeniami na podudziu, które się nie goiły, pomimo zastosowania dłuższego leczenia, najrozmaitszych maści i t. d. Z pośród tych 16-tu przypadków mamy 11 o wyniku dodatnim, czyli 68,7%. Byli to chorzy, których owrzodzenia zagoiły się zupełnie po krótkim lub dłuższym czasie. U niektórych nawet jednocześnie z zago-

jeniem się rany pooperacyjnej. 3 przypadki dały wynik ujemny (18,7%), a 2 przypadki — wątpliwy (12%).

Bliższe rozpatrzenie wyników operacyjnych przedstawi nam jednak sprawę tę w nieco innym, korzystniejszym świetle.

Jeżeli chodzi o przypadki z wynikiem tak zw. wątpliwym, to zaliczamy do nich №№ 9 i 15. W przypadku 9-tym nie było zrazu żadnych podejrzeń o lues (wywiad, wygląd owrzodzenia, inne objawy kiłowe); dopiero dłuższe niegojenie się rany nasunęło myśl wykonania badania krwi na odcz. Wass., co dało 4+; niepowodzenie więc operacji było zrozumiałe. Co do № 15, to zaliczony został do wątpliwych z tego względu, że chory znajduje się jeszcze na oddziale (17 dni po operacji) i rana nie jest jeszcze zupełnie zagojona.

Do wyników ujemnych zaliczyliśmy №№ 3, 8 i 10-ty, ale jedynie № 10-ty może za ujemny uchodzić, gdyż operacja Leriche'a wybitniejszego wpływu na gojenie się olbrzymiego owrzodzenia nie okazała. W przypadku tym była już wcześniej robiona operacja plastyczna Thiersch'a, ale również bez efektu.

Natomiast №№ 3 i 8 nie mogą być zaliczone do wyników ujemnych tylko warunkowo, gdyż № 3 okazał się po badaniu drobnowidowym rakiem, na podłożu owrzodzenia, czego klinicznie nie stwierdzono, a № 8 był jednocześnie typowym, nie poddającym się swoistemu leczeniu owrzodzeniem kiłowym. Operację w tym wypadku zrobiono więc tylko tytułem próby.

Odliczywszy więc przypadki 3, 8 i 9-ty, dojdziemy do wniosku, że przeważająca liczba przypadków dała wynik bezwątpienia dodatni, czyli że w owrzodzeniach uporczywych na podudziu, nie poddających się innym sposobom leczenia, należy stosować operację Leriche'a.

Co się tyczy *Endarteriitis obliterans*, to tu sprawa jest jeszcze bardziej zawikłana. Przedewszystkiem rozróżnić należy dwa typy tej choroby. Jeden, zależny głównie od zmian anatomicznych lub anatomopatologicznych w ścianie tętnic, a więc wrodzone zwężenie tętnic, *arteriosclerosis*, *lues* i inn.; w drugim typie zachorzeń przeważają objawy podrażnienia nerwu współczulnego *(vasoconstrictores)* może na tle zatrucia nikotyną lub innym jadem, co powoduje zwężenie światła naczynia, silny ból, a później może wywołać i zgorzel poszcze-

gólnych części kończyny. Otóż w pierwszych przypadkach, gdzie jest wrodzone lub nabyte, anatomicznie utrwalone, zwężenie światła tętnicy, to trudno się spodziewać wpływu dodatniego operacji L. na dalszy przebieg i rozwój choroby. Natomiast w przypadkach drugiego typu, (t. zw. *vasomotorisch — trophische Neurosen)*, zależnych bardziej od podrażnienia nerwu współczulnego, przecięcie gałązek tego nerwu w splocie okołotętniczym może dać wynik wybitnie dodatni.

We wszystktch prawie bez wyjątku przypadkach ma sympathectomia wpływ wybitny na zmniejszenie chorym bólów.

W naszych 8-miu przypadkach mieliśmy dwukrotnie wynik ujemny (№№ 17 i 18), gdyż doszło nastepnie do amputacji; u chorych tych tętnice były jednak już tak dalece zmienione, że operacja nie mogła polepszyć warunków krążenia krwi w kończynie.

O chorych №№ 19 i 23 nie możemy nic pewnego powiedzieć. № 19 dość prędko się wypisał, i obecnie żadnych wiadomości o nim nie posiadamy, a № 23 jest dopiero kilka dni po operacji.

№№ 20, 21, 22 i 24 dały rezultaty bezwzględnie dobre. № 20 naprz., któremu ośmiokrotnie amputowano części lewej kończyny dolnej i wreszcie paluch prawej stopy, zostaje prawie wyleczony zupełnie po operacji Leriche'a na prawej *art. femoralis*. Mówimy p r a w i e wyleczony dlatego, że od operacji upłynęło zaledwie 1/2 roku, nie wiemy więc, jaki będzie dalszy przebieg choroby. W każdym razie obecnie pacjent jest zdrów. Tak samo chorzy №№ 21 i 22 i wreszcie № 24 (lekarz), który b. krytycznie siebie samego obserwował, twierdzi, że doznał po operacji bardzo wybitnej ulgi.

W każdym razie 1/2 naszych przypadków *Endarteriitis obliterans* możemy zaliczyć do operowanych z wynikiem dodatnim, przyczym prawie wszyscy chorzy jednogłośnie zaznaczają, że bóle po operacji zmniejszają się, a nieraz znikają zupełnie. Niestety zjawisko to nie zawsze jest trwałe. Czasami już po kilku dniach, a w innych wypadkach po kilku tygodniach bóle mogą wrócić i proces chorobowy dalej się rozwija.

Wogóle zarzut najpoważniejszy bodaj, który można uczynić operacji Leriche'a, jest ten, że działanie sympathec-

tomji trwa względnie krótko, przeważnie od 4 — 6 tygodni. W tym czasie przewodnictwo w nerwie współczulnym znajduje sobie prawdopodobnie inny kierunek. Ten przeciąg czasu wystarcza jednakże najczęściej, aby owrzodzenia na podudziach—nawet bardzo znaczne — zdążyły się zagoić.

Wyniki operacyjne, zwł. jeżeli chodzi o wpływ na zmniejszenie chorym nieznośnych bólów, zależą w wysokim stopniu od tego, czy dość dokładnie i precyzyjnie wykonano operację. Aby zupełnie usunąć na dużej przestrzeni (conajmniej 10—12 ctm.) błonę zewnętrzną tętnicy, należy posiadać dużo spokoju, cierpliwości oraz zręczności.

Jeśli operację wykonać z rozwagą, ostrożnie i wybrać odpowiednie przypadki, to nie przedstawia ona dla chorego żadnego niebezpieczeństwa. Nic też dziwnego, że w chorobie tak przykrej i długotrwałej, jak owrzodzenia goleni, gdy już żadne leczenie wpłynąć dodatnio nie może na cierpienie, które czyni ludzi kalekami, niezdolnymi do żadnego poważniejszego zajęcia, że w wypadkach tych uciekamy się dzisiaj do wykonania jedynego zbawiennego zabiegu, jakim jest niewątpliwie operacja Lériche'a. A cóż dopiero mówić o tej strasznej chorobie, jak zapalenie błony wewnętrznej tętnicy zarostowe (*Endarteriitis obliterans)* z jej ciężkiemi powikłaniami, zgorzelą części lub całej kończyny, z jej niesłychanemi bólami, na które nawet narkotyki silne wpływu nie mają — w wypadkach takich mamy nietylko prawo, ale i obowiązek, namówić chorego do operacji, choćbyśmy nawet rezultat zupełnie pomyślny tylko w połowie ich osiągnąć mogli. W każdym razie obraz tych chorych, spędzających beznadziejnie noce bezsenne w pozycji siedzącej, ze zgiętemi w kolanach kończynami, które z bólu obejmują, cisną rękami i bez przerwy jęczą — jest tak okropny, że nadzieja na zmniejszenie tych bólów zupełnie wystarcza, aby operację Lériche'a nazwać najbardziej szczęśliwym i niezwykle głęboko, wprost genjalnie, pomyślanym zabiegiem w chirurgji nowoczesnej*).

---

*) *P. S.* Podczas druku pracy tej operowaliśmy na oddziale jeszcze 5-ciu chorych: jednego z owrzodzeniem goleni i 4-ch z chromaniem przestankowym. 3-ch chorych opuściło Szpital z wynikiem narazie świetnym (ustąpienie gwałtownych bólów i zagojenie owrzodzeń zgorzelowych); 2-ch leży jeszcze na oddziale bez wyraźnego wyniku dodatniego.

Dno oka, jako źródło rozpoznawania i błędów rozpoznawczych w chorobach ośrodkowego układu nerwowego

Podał

L. Endelman

(Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu nauk. d. 2. XI. 1923 r.).

Kto z okulistów w ciągu dłuższego czasu miał sposobność systematycznie badać dno oczne chorych, kierowanych do niego przez neurologów, lub przeprowadzał takie badania na oddziałach neurologicznych, a więc rozporządza mniej lub więcej obfitym materjałem w tym kierunku, musi wcześniej lub później dostrzec, że wcale nierzadko widzi się obrazy na dnie ocznym, które — pomimo całej doskonałości metody badania—nastręczają wiele trudności rozpoznawczych. Już na wstępie mogę zaznaczyć, że lekarz, mający małe doświadczenie we wziernikowaniu dna ocznego, znacznie częściej rozpozna np. zblednięcie skroniowego odcinka tarczy lub zatarcie jej granic, niż to uczyni lekarz bardziej obyty z oftalmoskopją, zwłaszcza zaś okulista, który z natury rzeczy ogląda znacznie więcej oczu czy to zupełnie prawidłowych, czy to dotkniętych miejscowemi cierpieniami powłok ocznych. Otóż tylko taki doświadczony badacz może zdawać sobie całkowicie sprawę z trudności rozpoznawczych, które niekiedy nastręczają szczegóły dna oczu, i będzie znacznie oględniejszy przy wyrażaniu swej opinji, na której neurolog bardzo często opiera swe rozpoznanie. Główna przyczyna tych trudności w ocenie przypadku leży w nadzwyczajnej zmienności wyglądu tarczy. Okoliczność, że za pomocą wziernikowania, zwłaszcza w obrazie prostym, jesteśmy w stanie dostrzec najdrobniejsze szczegóły na dnie oczu, jeszcze bardziej właśnie uwydatnia tę zmienność; z drugiej zaś strony zapominać też nie należy, że niekiedy bardzo poważne sprawy chorobne wywołują zaledwie nieznaczne zmiany na tarczy (zapalenie pozagałk. n. w.).

Celem niniejszego odczytu jest wskazanie w jaknajogól-

niejszym zarysie tych cech swoistych, które pozwalają nam na rozpoznanie mniej lub więcej ścisłe stanu dna oczu, a jednocześnie podkreślenie tych objawów, które są najczęstszym źródłem błędów rozpoznawczych przy wziernikowaniu. Pytanie, które stawia nam neurolog, dotyczy prawie wyłącznie trzech stanów chorobnych tarczy: zastoiny, zapalenia i zaniku. To też na nich się tylko zatrzymamy i niemi się zajmiemy.

Jeśli przy wziernikowaniu rzuca się nam w oczy wybitne zaczerwienienie tarczy, to stan ten, który niektórzy nazywają przekrwieniem tarczy, może zależeć od pierwszego okresu jej zapalenia lub nawet zastoiny, lecz również dobrze może być objawem nic nie znaczącym, gdyż wcale nierzadko u osób zupełnie zdrowych spotykamy mocno czerwone zabarwienie brodawki. Jako objaw chorobny widujemy niekiedy podobne przekrwienie tarczy w II-m okresie kiły, które jeszcze nie oznacza jakiegokolwiek ciężkiego schorzenia układu nerwowego, gdyż ustępuje bardzo łatwo przy leczeniu swoistym. Tylko więc takie zanikanie przekrwienia pod wpływem leczenia lub naodwrót jego stopniowe wzmaganie się, a co zatym jedynie dalsza obserwacja podobnego przypadku pozwoli rozstrzygnąć pytanie, czy w danym wypadku przekrwienie tarczy jest objawem fizjologicznym, czy też patologicznym. Znacznie większą wagę może mieć jednostronne zaczerwienienie tarczy: przy myśli bowiem o guzie lub ropniu, mózgu może być ono wskaźnikiem, po której stronie znajduje się sprawa chorobna w czaszce, zwykle bowiem po tej samej stronie, aczkolwiek wyjątki z prawidła tego zdarzają się często bardzo, mianowicie guz znajduje się po stronie przeciwnej. Lecz prawie zawsze w przypadkach takich bardzo szybko przekrwienie tarczy zamienia się w jej zastoinę i sprawa jednostronna staje się dwustronną, chociaż jeszcze przez czas długi lub nastałe sprawa po jednej stronie nadal jest bardziej zaznaczona.

Jeśli tarcza, prócz jej przekrwienia, ma jeszcze granice mniej lub więcej zatarte (o ile taka niejasność granic nie jest tylko rzekomą, z powodu zaburzeń w łamiących warstwach oka), to prawdopodobienstwo, że mamy sprawę chorobną na tarczy, staje się już znacznie większe. Rozpoznanie zapalenia lub zastoiny tarczy staje się zupełnie pewne, jeśli przyłączają się jeszcze inne objawy pojedyńczo lub razem: wyraźne wznie-

sienie tarczy ponad poziom otaczającej ją siatkówki, krwotoki na samej tarczy lub w jej sąsiedztwie, białe ogniska w siatkówce, a w okresach późniejszych—zaburzenia wzroku. Aczkolwiek już nieznaczne wyniesienie poziomu tarczy bardzo często pozwala nam uchwycić pierwszy okres zastoiny, należy jednak pamiętać, że niekiedy w oczach z wysoką nadmiarowością lub złożoną niezbornością nadwzroczną, zdarzyć się może, że wygląd tarczy do złudzenia przypomina zastoinę, gdyż składa się na nią zarumienienie, zatarcie granic i wyniesienie nad poziom (natomiast nigdy nie bywa wybroczyn, ognisk zapalnych i zanurzania się naczyń w tkankę brodawki). A mimo te wszystkie znamiona, jest to obraz, nie wykraczający poza granice fizjologiczne, a zaliczony być musi do rzędu odchyleń rozwojowych, nierzadko nawet występujących dziedzicznie. Błąd zaś rozpoznawczy w podobnym przypadku może być w skutkach wprost niepowetowany, gdyż neurolog na podstawie opinji okulisty może rozpoznać nowotwór mózgu, a nawet zakwalifikować chorego do trepanacji. Jedynie dłuższa obserwacja okulistyczna uchronić nas może od takiej pomyłki, jeżeli brak innych objawów mózgowych, a zwłaszcza oznak wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, co daje się stwierdzić przez nakłucie lędźwiowe.

Dość często jest rzeczą bardzo trudną, a niekiedy wprost niemożebną, rozstrzygnięcie jedynie na mocy badania wziernikiem pytania, czy mamy przed sobą obraz zastoiny tarczy, a więc jej obrzęku wskutek wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, czy też tylko sprawę zapalno-wysiękową w niej, t. z. *papillitis*. A jednak należy konieczne postarać się wyodrębnić dwie te sprawy, tak bardzo do siebie w obrazie oftalmoskopowym zbliżone, albowiem w wypadku zastoiny będziemy jaknajwcześniej doradzać choremu zabieg operacyjny, natomiast przy zapaleniu brodawki, zależnie od etjologji (stwardnienie rozsiane, ropienie w bocznych zatokach nosa, kiła i t. d.), poddamy chorego wręcz odmiennym zabiegom leczniczym.

Więc jakże sobie radzić, aby w takich razach uniknąć pomyłki rozpoznawczej? Doświadczony okulistą już z niektórych szczegółów obrazu wziernikowego przechyli swoje zdanie to w jedną, to w drugą stronę: przy zapaleniu brodawki tkan-

ka jej bywa bardziej zmętniała, aniżeli przy czystej zastoinie, zmętnienie to dotyczy prawie całej średnicy tarczy i przykrywa naczynia, wzniesienie tarczy jest nieznaczne (poniżej 2.0 D w obrazie prostym), żyły są rozszerzone, tętnice najczęściej zwężone; natomiast przy zastoinie sprawa rozpoczyna się na obwodzie tarczy, najczęściej górnym lub dolnym, wzdłuż głównych pni naczyniowych, opuszczających tarczę, środkowa zaś część, t. z. lejek naczyniowy, często bywa zupełnie wolny, czysty i zezwala na dokładne obejrzenie t. zw. zagłębienia fizjologicznego, uwypuklenie tarczy sięga znacznych rozmiarów i nadaje jej kształt grzyba. Mimo te cechy różniczkowe, które, jak to nadmienić należy, występują wyraźnie tylko w bardzo wczesnych okresach, a w późniejszych w znacznym stopniu się zacierają, pozostaje jeszcze dość liczny szereg przypadków, gdzie samo badanie wziernikowe rozstrzygnąć wątpliwości nie może, a w których jedynie dokładne, a więc przez okulistę wykonane, badanie czynności oka może przyczynić się do usunięcia trudności rozpoznawczych. Gdy więc, biorąc ogólnie rzecz, przy zastoinie siła wzroku i pole widzenia nawet niekiedy w daleko posuniętych i długotrwających przypadkach, nie mówiąc już o wczesnym okresie, bywają zachowane całkowicie lub w znacznym stopniu (nie mówię tu tylko o objawie t. zw. powiększenia ślepej plamki przy zastoinie), to przy stanach zapalnych brodawki prawie zawsze mamy mniejsze lub większe upośledzenie jednej i drugiego. Siła wzroku jest zmniejszona, czy to na skutek t. zw. przerwy środkowej, czy też od niej zupełnie niezależnie; pole widzenia wykazuje braki, czy to na obwodzie, czy to w środku. Bardzo wiele przyczynić się może do różniczkowego rozpoznania mierzenie ciśnienia przy nakłuciu lędźwiowym; przy zastoinie najczęściej mamy wysokie liczby (200—300 i więcej), przy zapaleniu brodawki jest ono prawidłowe lub na pograniczu prawidłowego (do 200). Zapominać jednak nie należy, że objaw ten może być w rzadkich przypadkach zwodniczym, gdyż nawet przy zastoinie może być on na poziomie prawidłowym, np. z powodu zamknięcia połączenia pomiędzy komorami mózgu, a kanałem rdzeniowym.

Jeśli jesteśmy w poszczególnym przypadku pewni rozpoznania tarczy zastoinowej, a na mocy jeszcze innych objawów

stwierdzamy nowotwór mózgu, to należy zadać sobie pytanie, czy badanie oka może się jeszcze przyczynić do ściślejszego umiejscowienia guza. Z góry można powiedzieć, że wskazówki stąd płynące nie mają wielkiej wagi i nie są liczne; jednostronna tarcza zastoinowa lub bardziej wydatna po jednej stronie przemawia za umiejscowieniem guza po tej samej stronie z tym jednak zastrzeżeniem, jakie poczyniliśmy przy opisie przekrwienia tarczy; ślepota połowicza jednoimienna, towarzysząca zastoinie, przemawia za guzem po stronie przeciwległej, ślepota połowicza skroniowa za umiejscowieniem w okolicy przysadki.

Pozostaje nam jeszcze wskazać, że obraz tarczy zastoinowej lub zapalnej zdarzać się może i przy zupełnie innych stanach chorobowych, nie mających nic wspólnego z cierpieniami układu nerwowego. Nie omawiam tu zmian na tarczy w przebiegu zapalenia przewlekłego nerek lub ostrej niedokrewności, które niekiedy łudząco mogą naśladować zastoinę, ani zapaleń brodawki, wywołanych przez sprawy miejscowe w oczodole, lub towarzyszące sprawom zapalnym w siatkówce i naczyniówce oka, pragnę tylko wspomnieć o bardziej rzadkich przypadkach spraw przerostowych na tarczy kiłowego lub gruźliczego pochodzenia, które przy mniej uważnym wziernikowaniu mogą być brane za zwykłe stany zapalne, a wreszcie o prawdziwej tarczy zastoinowej, jaka dość często towarzyszy wylewom do otoczek n. wzr., — np. w przypadkach pęknięcia podstawy czaszki.

Opis zmian niezwykłych na tarczy nie byłby zupełny, gdybym nie przytoczył jeszcze jednego objawu, zresztą bardzo rzadko spotykanego, t. z. wężykowatości naczyń, która występuje jako zboczenie wrodzone. Wobec tego, że i przy zastoinie prawie zawsze spostrzegamy rozszerzenie i wężykowatość naczyń, mógłby ten objaw dać powód do błędu rozpoznawczego, gdyby ktoś zechciał się opierać na tym jedynym objawie, zapomniawszy o całym szeregu innych, wyżej już przytoczonych.

A teraz omówimy wypadki wręcz odmienne, gdy tarcza nerwu wzrokowego wydaje się bladą. Dwa stany fizjologiczne mogą dawać powód do rozpoznania zblednięcia chorobnego tarczy: a) t. z. fizjologiczne zagłębienie znacznych rozmia-

rów i b) okoliczność, że skroniowa 1/2 tarczy już w warunkach prawidłowych wydaje się bardziej bladą, aniżeli jej 1/2 nosowa z powodu mniejszej zawartości w niej włókien nerwowych. Zagłębienie należy uważać za fizjologiczne do tej chwili, dopóki brzegi jego nie dochodzą do brzegu samej tarczy. Naogół będzie to prawidłowe ujęcie sprawy, aczkolwiek niekiedy zdarzać się mogą przypadki zagłębienia fizjologicznego, dochodzącego i do brzegu tarczy, lecz w tych wypadkach ma ono brzegi o łagodniejszym spadku. Zagłębienie fizjologiczne zajmuje większą lub mniejszą część tarczy. Cechą najpewniejszą, pozwalającą odróżnić je od patologicznego zblednięcia skroniowego lub od zagłębienia jaskrowego, będzie okoliczność, że w przypadkach normalnych pomiędzy jego brzegiem a brzegiem tarczy zostaje jeszcze zachowany rąbek tkanki tarczy o różowym lub żółtawo-czerwonawym zabarwieniu i że naczynia siatkówki doznają pewnego nieznacznego załamania nie na brzegu tarczy, lecz conajwyżej na skraju zagłębienia. Fizjologiczną bladość skroniowego odcinka tarczy spotykamy bardzo często. Wcale nierzadko trudno tylko na podstawie obrazu wziernikowego wypowiedzieć się, czy jest to sprawa fizjologiczna, czy też patologiczna i jedynie badanie szczegółowe czynności oka wątpliwość tę może nam rozstrzygnąć.

Jeśli stwierdziliśmy niewątpliwie już patologiczne odbarwienie tarczy, musimy jeszcze zróżniczkować pomiędzy zblednięciem, wywołanym stanem niedokrewności tarczy, a bladością, wynikłą z powodu jej zaniku. Różniczkowanie takie bardzo często należy do rzeczy bardzo trudnych, a jednak dążyć do niego musimy, gdyż — samo przez się — inne będzie rokowanie i leczenie w jednym i drugim przypadku.

Niedokrewność tarczy zazwyczaj nie pociąga żadnych zaburzeń wzrokowych, albowiem nie zależy ona od jakichkolwiek zmian głębszych we włóknach nerwowych, lecz jedynie od niedostatecznego krwi obiegu w naczyniach. Taki wygląd może mieć tarcza w przebiegu ciężkich stanów niedokrewności ogólnej, zwłaszcza w jej postaci złośliwej, kiedy zazwyczaj prócz tego w siatkówce zjawiają się drobne wybroczyny krwawe. Dalej często spotykamy taką bladość tarcz u charłaczych ssawców, zwłaszcza w przypadkach kiły dziedzicznej.

Bladość tarczy w tych wypadkach tak wielce przypomina jej zanik, że wielu, nawet bardzo doświadczonych badaczy, utrzymywało i jeszcze dotąd utrzymuje o częstości występowania zaniku n. wzr. u ssawców z kiłą wrodzoną. Lecz mija się to z prawdą, gdyż — przy leczeniu swoistym i poprawie stanu ogólnego — tarcze takie zaczynają nabierać prawidłowego różowego zabarwienia, a badania anatomiczne przypadków takich nie stwierdzały żadnego zwyrodnienia włókien nerwowych.

Wszystkie inne sprawy chorobne na tarczy, które w obrazie wziernikowym objawiają się w postaci jej odbarwienia, obejmujemy nazwą zaniku n. wzr. Nazwa to niezbyt szczęśliwa, gdyż mimowoli nasuwa chęć utożsamienia tego objawu z pojęciem anatomicznym zaniku. W rzeczywistości zaś niewątpliwie często istnieje równoległość pomiędzy obrazem wziernikowym a anatomicznym, ale wcale nie zawsze. Zdarzają się przypadki z daleko posuniętemi zaburzeniami wzroku naośnego i obwodowego przy bardzo niewielkich zmianach wziernikowych (np. nieznaczne odbarwienie skroniowego odcinka). Z drugiej zaś strony widujemy nierzadko kredowo białą tarczę z zachowaną całkowicie siłą wzroku i może tylko nieznacznemi zmianami w polu widzenia. Oczywista, że pomiędzy temi dwoma krańcami istnieje cały szereg stanów przejściowych. Słowem, na podstawie samego wyglądu tarczy, jej większego lub mniejszego odbarwienia, zajmującego całą tarczę czy też tylko jej odcinek, nigdy nie należy wyprowadzać wniosków co do rozciągłości i natężenia sprawy chorobnej w nerwie wzrokowym. Sięgając jeszcze dalej, możemy powiedzieć, że bladość tarczy może być spowodowana przez różnorakie czynniki, jak zatkanie naczyń włoskowatych lub przerost tkanki oponowej albo blaszki sitowej, które dają jeden i ten sam obraz wziernikowy. Z powyższego wynika, że badanie dna oczu w każdym przypadku zblednięcia tarczy musi być uzupełnione przez badanie czynnościowe oka i że, opierając się jedynie na wyglądzie tarczy, łatwo możemy wpaść w błąd rozpoznawczy.

Przy sprawach zanikowych na tarczy rozróżniamy całkowite jej zblednięcie od odbarwienia skroniowego. Aczkolwiek dwa te stany nie są zasadniczo odmienne, gdyż często skroniowe odbarwienie przeistacza się w całkowity zanik, tym nie

mniej dla pewnych względów utrzymać należy ten podział. Odbarwienie skroniowe ze względu na to, że można je przyjąć za fizjologiczną bladość skroniowej $^1/_2$, często może dawać powód do pomyłek rozpoznawczych. Aby móc się ustrzec od tego, należy pamiętać, że skroniowe patologiczne odbarwienie zawsze stoi w zależności od spraw chorobnych w odcinkach dróg wzrokowych: oczodołowym, śródczaszkowym lub jeszcze dalej położonych. Dowodem, że to sprawa wtórna, jest okoliczność, że zazwyczaj brak go w samym początku choroby oka. Przebieg jej może być rozmaity: w pierwszym okresie widzimy tarczę zapalną z zaburzeniami wzroku, w następstwie zaś z tarczy zapalnej powstaje skroniowe odbarwienie, przyczym zaburzenia wzrokowe mogą stopniowo ustąpić lub stać się trwałemi. Niekiedy znów wynik badania wziernikowego w początkach jest całkowicie ujemny, natomiast zaburzenia czynnościowe, obniżenie siły wzrokowej, przerwy w polu widzenia— wskazują niezbicie na sprawę chorobną pozagałkową w nerwie, a dopiero po upływie mniej lub więcej długiego okresu czasu rozwija się obraz skroniowego zaniku tarczy, jako podmiotowy wyraz sprawy patologicznej w nerwie wzrokowym. Pozatym wiadomo, że im dalej poza gałką odbywa się taka sprawa, tym później następuje zblednięcie tarczy. Jeśli możemy w ten sposób u chorego prześledzić powstanie skroniowego zblednięcia, łatwo możemy uniknąć pomyłki w rozpoznaniu.

Często jednak nie jesteśmy świadkami wszystkich okresów, którym ulega obraz wziernikowy, natomiast, widząc chorego po raz pierwszy, stwierdzamy u niego niewątpliwie odbarwienie skroniowe i musimy odpowiedzieć na pytanie, czy jest ono objawem chorobnym. Zazwyczaj w tych wypadkach rozstrzyga badanie widzenia naośnego i pola widzenia. Znamiennym objawem będzie upośledzenie wzroku, którego nie usprawiedliwiają zboczenia miejscowe, np. wada refrakcji. Najbardziej charakterystycznym objawem jest wykrycie przerw w polu widzenia. Najwięcej rozpowszechniona i znana jest t. z. przerwa środkowa, czyli tarczowo-plamkowa: Niekiedy bywa ona rozległą i bezwzględną, to znaczy dla białej i wszystkich innych barw, częściej zaś ma ona niewielkie rozmiary i jest względna, to znaczy tylko dla barw, a dla białej tylko dla mareczek o bardzo małej średnicy. Dla ich wykrycia nie-

kiedy nie wystarcza badanie zwykłym polomierzem, lecz uciec się należy do t. z. ekranu Bjerrum'a. W innych znów przypadkach nie znajdujemy przerwy środkowej, a tylko dośrodkowe ścieśnienie dla białej i innych barw lub też tylko dla barw, zwłaszcza czerwonej i zielonej. Wreszcie należy się liczyć z możliwością dwuskroniowych lub jednoimiennych braków w polu widzenia w przypadkach, gdy ognisko chorobne znajduje się w skrzyżowaniu nerwów wzr. lub w szlakach wzrokowych aż do ciała kolankowatego zewnętrznego. Braki takie mogą być całkowite lub też tylko częściowe, to też nie wystarcza nigdy badanie pola widzenia zgruba, za pomocą ręki, lecz zawsze należy stosować bardziej dokładne sposoby badania. Wyniki badania polometrycznego, jako sposobu, całkowicie opartego na odpowiedziach chorego, a więc zależnego od poziomu jego inteligencji, od jego dobrej woli, pozatym bardzo łatwo ulegającego wpływom zmęczenia, braku skupienia i uwagi, wymagają często wielkiej oględności przy wyprowadzaniu z nich wniosków. Jeśli jednak parokrotne badanie, w rozmaitych warunkach dokonywane, zawsze daje ten sam wynik dodatni, z całą pewnością przechylić możemy rozpoznanie na stronę skroniowego odbarwienia, a nie stanu fizjologicznego. Oczywista, że przypadkiem zdarzyć się może współistnienie fizjologicznej bladości skroniowego odcinka z niedowidzeniem wrodzonym lub spowodowanym wysoką wadą łamliwości, albo też ze zwężeniem histerycznym p. w., w takich razach różniczkowe rozpoznanie może sprawiać wiele trudności. Spostrzegamy również przypadki, w których żadne zaburzenia wzrokowe nie towarzyszą niewątpliwemu chorobnemu odbarwieniu skroniowemu. Zdarzać się to może np. w przebiegu stwardnienia rozsianego, kiedy otoczki myelinowe ulegają zwyrodnieniu, same zaś walce osiowe pozostają nietknięte. Bardzo ważną pomoc w stawianiu rozpoznania różniczkowego okazać mogą wywiady i objawy ze strony układu nerwowego. Najczęstszą przyczyną skroniowego odbarwienia bywa: stwardnienie rozsiane, zatrucia, zwł. wyskok i tytoń, schorzenia obocznych jam nosa, sprawy u podstawy czaszki (kiła, cierpienia przysadki, miażdżyca naczyń, cukrzyca, rodzinne postacie cierpień nerw. wzr. i n. inn.). Jeśli u kogoś spostrzeżemy objawy stwardnienia wieloogniskowego (oczo-

pląs, porażenie mięśni ocznych, zaburzenia mowy, drżenie zamiarowe, wzmożenie odruchów i t. d.), znacznie prędzej uważać będziemy bladość skroniowego odcinka za objaw choroby, aniżeli u osoby zupełnie zdrowej. Lecz pamiętać jednak należy, że sprawa oczna o lata całe może wyprzedzać inne objawy stwardnienia wieloogniskowego. Jeśli więc brak takich objawów, to należy szukać w wywiadach innych czynników szkodliwych, jak zatrucia, kiła i t. p.

Jeśli sprawa, która spowodowała skroniowe odbarwienie, jest umiejscowiona na podstawie czaszki, w bardzo wielu przypadkach stwierdzimy w polu widzenia braki o charakterze połowiczym, dwuskroniowym lub jednoimiennym. Dla celów rozpoznania różniczkowego należy tu podkreślić, że guzy lub inne sprawy chorobne u podstawy czaszki znacznie częściej dają w obrazie wziernikowym zblednięcie tarczy, aniżeli tarczę zastoinową.

Wszystkie te same czynniki przyczynowe, które wywołują skroniowe zblednięcie tarczy, mogą spowodować całkowite jej odbarwienie, z tym jedynie zastrzeżeniem, że przy zatruciach i cierpieniach jam obocznych całkowite odbarwienie należy do bardzo rzadkich wyjątków. Wobec tego wszystko, co wyżej powiedziano, dotyczy całkowicie i obrazów całkowitego odbarwienia tarczy, które chrzcimy mianem zaniku n. wz. Należy jednak nasze rozważania uzupełnić jeszcze pewnemi szczegółami, które mogą mieć zastosowanie tylko do obrazu całkowitego zaniku nn. wzr.

Najważniejszą pomyłką w rozpoznaniu, która mogłaby się odbić szkodliwie na stronie leczniczej, byłoby pomieszanie zaniku nn. wzr. z powodu wiądu rdzenia z t. zw. pozapalnym zanikiem lub też z zanikiem, spowodowanym sprawą w siatkówce (zator tętnicy środkowej) i zanikiem jaskrowym.

Ścisłe odróżnienie t. z. samorodnego zaniku, prawie zawsze wiądowego, od pozapalnego nie zawsze bywa tak łatwe, jakby to się często zdawało. Przedewszystkiem wcale nierzadko może zawodzić twierdzenie, że w pierwszym wypadku granice tarczy zawsze są ostre, w drugim zaś zatarte, zwłaszcza, gdy chodzi o późniejsze okresy choroby. Oczywiście, jeśli granice odbarwionej tarczy są wybitnie zatarte, a tymbardziej, jeśli istnieje jeszcze pewne wyniesienie nad poziom,

to tylko bardzo niedoświadczczony rozpozna zanik wiądowy. Jeśli, jednak sprawa trwa już długo, to nie tylko po zapaleniu, lecz nawet i po zastoinie tarczy odzyskać ona może zupełnie ostre zarysy. W takich okresach późniejszych, kierować się musimy dla celów rozpoznania różniczkowego następującemi szczegółami na dnie samym: wokół tarczy, w następstwie jej zapalenia lub zastoiny, znajdujemy zazwyczaj pas siatkówki odbarwionej, nakrapianej drobnemi złogami barwika, żółtawo-brunatnego, natomiast w zaniku wiądowym, acz zdarzyć się może najzupełniej fizjologiczny wązki pierścień barwnikowy, nigdy nie spotkamy podobnego odbarwionego pasa. Sama barwą tarczy ma również pewne znaczenie: w zaniku wiądowym jest ona szarawo-biała lub niebieskawo-biała, podczas gdy w zapalnym znacznie częściej bywa czysto biała. Naczynia na tarczy w zaniku zapalnym są zazwyczaj bardzo wązkie, w wiądowym prawie wcale lub niewiele zmienione. Lecz najważniejszą cechą rozpoznawczą będzie. że w wiądzie rdzenia całkowite zblędnięcie tarczy możemy stwierdzić już znacznie wcześniej, aniżeli chory spostrzeże pierwsze zaburzenia wzroku, podczas gdy w zaniku zapalnym albo mamy wybitne braki czynnościowe, albo też z wywiadów dowiemy się, że chory dawniej przebył zaburzenia wzrokowe. Słowem zwykle udaje się nam ostatecznie wywnioskować o rodzaju zaniku już na mocy badania oczu, niekiedy musimy się jeszcze uciec do badania ogólnego. Zwłaszcza różniczkowanie pomiędzy zanikiem wiądowym, a zanikiem, spowodowanym kiłowym schorzeniem układu mózgowo-rdzeniowego, jest sprawą wagi pierwszorzędnej ze względów terapeutycznych. Sprawa tabetyczna w nerwie wzrokowym, przynajmniej w tym okresie, gdy wziernik ją nam wykrywa, prawie zawsze jest już niedostępna leczeniu swoistemu ani jakiemukolwiek innemu; powszechnie utarł się nawet pogląd, że w przypadkach tabetycznego zaniku leczenie rtęcią lub salwarsanem jest wprost przeciwskazane, albowiem ma wywoływać szybszą utratę wzroku. Aczkolwiek niezupełnie można z takim poglądem się pogodzić, jak tego dowodzą spostrzeżenia poważnych lekarzy doby ostatniej, tym nie mniej jednak w przypadkach, zwłaszcza bardziej posuniętych, nie należy chorego namawiać do leczenia swoistego już dla tej prostej przyczyny, że nawet przypadkowe

pogorszenie sprawy chorobnej w tym razie będzie przypisane rtęci lub salwarsanowi. Natomiast w zaniku nn. wzr., wywołanym sprawą kiłową u podstawy czaszki, leczenie swoiste często oddać może rzetelne usługi i byłoby ciężkim błędem wstrzymanie się od kuracji rtęciowej w obawie przed obrazem zaniku n. wzr.

Objawy sprawy chorobnej u podstawy czaszki, np. niedowidzenie połowicze, względnie powikłane porażeniami mięśni ocznych, zmiany zastarzałe w naczyniówce, będą przemawiały raczej za zanikiem pozapalnym, nieruchomość zaś odruchowa źrenic bardziej za wiądem, aczkolwiek, oczywiście, objawy te nie będą miały rozstrzygającego znaczenia.

Zanik n. wzr. po przebytym zatorze tętnicy środkowej zawsze zdołamy odróżnić od zaniku samoistnego już dlatego, że prawie zawsze zdarza się on tylko w jednym oku, że wywołuje prawie zupełną utratę wzroku, wreszcie z wywiadów łatwo się dowiemy od chorego, że ociemnienie nastąpiło nagle. Zanik n. wzr. w następstwie przewlekłych spraw chorobowych w siatkówce (barwikowe zwyrodnienie) oczywiście rozpoznamy, badając i obwód dna oczu.

Wreszcie często w naszej praktyce spotykamy zanik n. wzr. jaskrowy, który należy umieć zawsze odróżnić od zaniku zwykłego. Jaskra zwykła, której najwybitniejszym, a niekiedy jedynym objawem jest zanik jaskrowy, daje się w większym lub mniejszym stopniu opanować za pomocą zabiegu operacyjnego; im wcześniej do niego przystąpimy, tym większe będzie prawdopodobieństwo uratowania wzroku chorego. Jeśli w przypadku takim mylnie rozpoznamy zanik zwykły i poddamy chorego leczeniu wewnętrznemu, to możemy wyrządzić niepowetowaną stratę choremu. Cechą charakterystyczną dla zaniku jaskrowego jest zagłębienie, sięgające brzegu tarczy, o spadzistych ścianach, skutkiem czego naczynia przechodzące z siatkówki na tarczę ulegają wyraźnemu załamaniu, co najdobitniej występuje przy t. zw. ruchach paralaktycznych. Drugim objawem jaskry będzie stwierdzenie wzmożonego ciśnienia śródgałkowego, aczkolwiek w jaskrze zwykłej niezawsze objaw ten (przy badaniu palcami) jest przekonywający.

Na tym poprzestać musimy w opisie zmian, jakie spoty-

kamy na tarczy. Na zakończenie jeszcze przez krótką chwilę zatrzymamy się na schorzeniach n. w. przy prawidłowym dnie oka. O jednym z nich, zapaleniu pozagałkowym, była już pokrótce wyżej mowa. Rozpoznanie takie ma doniosłe znaczenie rozpoznawcze, gdyż tą drogą wykrywamy pierwsze objawy stwardnienia rozsianego lub ropienie w jamach obocznych. Postawić je możemy z całą pewnością tylko w tym wypadku, gdy stwierdzimy u chorego przerwę środkową w polu widzenia. W wielu wypadkach, zwł. świeższej daty, prócz tego wykryć możemy wyraźną bolesność przy ruchach gałek ocznych lub przy ucisku na nie.

Drugą sprawą, która daje upośledzenie wzroku bez zmian wziernikowych, jest t. z. niedowidzenie wrodzone. Nie daje ono przerwy pośrodkowej, nie ulega poprawie lub pogorszeniu i nigdy nie kończy się skroniowym odbarwieniem, a to, jak wiemy, jest rzeczą bardzo częstą w przebiegu zapalenia nerwu pozagałkowego. Rozpoznać niedowidzenie wrodzone możemy, jeśli wyłączymy zapalenie pozagałkowe z jednej, a histeryczne z drugiej. Jest rzeczą zastanawiającą, jak wielu, nawet wykształconych ludzi, nie zdaje sobie zupełnie sprawy i wcale nie wie, że bardzo mało widzi jednym okiem. To też wywiady nic nam nie pomagają zazwyczaj w takich przypadkach. Bardzo często oczy niedowidzące zezują i mają znaczne wady refrakcji. Histeryczna ślepota lub niedowidzenie zdarzają się najczęściej na obu oczach. Wykrywamy je albo za pomocą prób na symulację lub na podstawie szybkiej poprawy, której ulegają pod wpływem psychoterapji albo też wreszcie, gdy wykryjemy u chorego objawy ogólnej nerwicy.

Z symptomatologji pląsawicy Sydenhama:

1) pląsawica z obustronną tarczą zastoinową;
2) prawostronna pląsawica połowicza z występującemi napadowo porażeniem i niemotą

Podał

E. Herman

(Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH; ORD. E. FLATAU).

Objawy, wymienione w tytule, a spostrzegane niezmiernie rzadko w przebiegu pląsawicy Sydenhama, usprawiedliwiają ogłoszenie następujących przypadków.

St. St., lat 18, niezamężna, przybyła po raz pierwszy dn. 28.IX, 1922. Choroba rozpoczęła się przed 4 tygodn. od nieznacznych bólów w stawach skokowych i kolanowych, poczym dołączyły się ruchy mimowolne w k. k. pr., zwł. górnej, a po 2 tygodn. również grymasy twarzy oraz nieznaczny obrzęk prawego stawu skokowego. Na początku choroby podwojone widzenie było podobno w ciągu kilku dni. Menses regularne. Chorobom zakaźnym nie ulegała; dość często natomiast miewała bóle głowy o charakterze migrenowym. Rodzice i rodzeństwo zdrowi.

S t. o b. Wzrostu średn., odżywienia dobrego, budowy kośćca prawidłowej. Narządy wewnętrzne, zwł. serce, normalne. Stawy: tylko kolanowe i lewy skokowy przy ruchach bolesne; nieobrzękłe. Mocz — bez zmian. Pirquet — słabo dodatni. U k ł a d n e r w o w y. Nn. czaszkowe normalne. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływanie na światło i przystosowanie prawidłowe. Visus oc. utr. — 1,0 D. Refrakcja — hyperm. 1,0 D oka lewego i 1,5 D oka prawego. Pole widzenia nieograniczone. Mroczków, oczopląsu niema; barwy rozpoznaje. O d r u c h y: okostnowe, — z m. trójgłowego i dwugłowego — umiarkowane; brzuszne — żywe; kolanowe — wzmożone, z prawej str. wyraźny objaw Gordona; ze ścięgna Achillesa — wzmożone; podeszwowe — zgięcie stopowe; pozatym odruchów patologicznych oraz zmian w czuciu i ukł. mięśniowym niema, tylko napięcie mięśni k.k. pr. nieco zmniejszone.

W k.k. pr., jakoteż w prawej $^1/_2$ twarzy, ciągłe ruchy mimowolne, o charakterze pląsawiczym, to też na plan pierwszy obrazu klinicznego wysuwa się stały niepokój ruchowy prawej $^1/_2$ ciała. Pr. $^1/_2$ pasa bark. to unosi się, to opuszcza, a pr. k. górna zgina

się i rozgina w łokciu, przy jednoczesnym naprzemian zginaniu i rozginaniu kiści wraz z klawiszowym przebieraniem palcami. Jednocześnie d. k. pr. ulega nagłym rzutom ku górze i ruchom mimowolnym w postaci przy i odwodzenia, a stopa w postaci zgięcia i naprzemian rozgięcia; podobnym ruchom ulegają też palce u stopy. Od czasu do czasu słychać głęboki głośny wdech chorej lub wydech, mlaśnięcie językiem, mimowolne uderzenie zębami, bądź też widać szybko po sobie następujący coraz inny grymas twarzy: marszczenie czoła, unoszenie brwi, przeciąganie warg i t. p. Daleko słabsze ruchy, również pląsawicze, występują w k. k. lewostronn., przyczym tu ruchom mimowolnym ulegają przeważnie obwodowe odcinki: stopa i dłoń szybkiemu zgięciu lub rozgięciu, od — i doprowadzeniu, palce zgięciu i rozgięciu. Już najmniejsze wzruszenie wzmaga wszystkie naszkicowane ruchy; to samo dzieje się podczas ruchów dowolnych. Mowa—naogół prawidłowa, — chwilami przerywa się z powodu ruchów pląsawiczych języka i mięśni twarzy, a chwilami zaś ma charakter wybuchowy. W psychice nie stwierdza się żadnych zaburzeń, chora ulega jedynie szybko wzruszeniom oraz zdradza dużą zmienność nastroju.

W czasie pobytu w Szpitalu były znaczne wahania. Ruchy pląsawicze okresami to wzmagały się, to znów znacznie zmniejszały. Ciepłota niekiedy do 37,3^0. Bóle w stawach skokowych—bez obrzęków — trwały kilka tygodni, poczym ustąpiły. Niekiedy bóle głowy, bez wymiotów. Podwójnego widzenia, zmian na dnie oczu i innych zaburzeń w ukł. nerw. też nie było. Menses regularne.

Chora wypisana po 3 miesiąc. ze znaczną poprawą; pozostały w dalszym ciągu jedynie mimowolne ruchy pląsawicze, przeważnie w k. k. pr., a w k. k. lewostronnych zjawiały się już tylko przelotnie.

Po raz drugi zapisano chorą na oddział 24.I. 23 r. W międzyczasie bóle głowy, z mdłościami, o dość silnym natężeniu, niezlokalizowane, bez wymiotów. Mimowolne ruchy w k. k. trwały nadal a wzmogły się w k. k. lewych. Pogorszenia wzroku, dwojenia nie zauważyła. St. ob. 25.I.23. Narządy wewn. bez zmian. Serce o granicach normalnych, tony czyste; tętno 120, miarowe, o napięciu średnim, ciepłota 36,8^0. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Dno oczu i tarcze wystające, o granicach wyraźnie zatartych, naczynia żylne poszerzone i wybitnie wężykowato powyginane; po str. prawej zmiany większe (obustronna tarcza zastoinowa) Visus — oc. utr. 1,0. Refrakcja — hypermetropja 1,0 D oka lewego: 1,5 D oka pr.; pozatym nieznaczne zwężenie koncentryczne dla barwy białej. Odczyn źrenic prawidłowy. Pozostałe nn. czaszkowe bez zmian. Siodło tureckie o zarysie normalnym. Odruchy na kk. górnych prawidłowe; brzuszne + +, kolanowe wzmożone, z prawej str. objaw Gordona, ze ścięgna Achillesa zachowane jednakowo; odruchów patologicznych niema. Zmian czucia, bezładu, adiadochokinezy, obja-

wów skurczu rozciągowego mięśni przeciwniczych — niema. We wszystkich k. k., zwł. prawostronnych, ciągłe ruchy pląsawicze.

9.I. 23. W górnym odcinku dna lewego oka świeży krwotoczek, którego 3.II. 23 już nie było. 12.II. 23. Ciepłota norm. Bóle głowy bez ścisłego umiejscowienia, i w dzień i w nocy bez wymiotów. Oko lewe: ślady zastoiny, w prawym zastoina mniejsza, niż poprzednio, ale jeszcze dość wyraźna. Vis. bez zmian. 6.III.23 lewa tarcza normalna; na prawej — ślady zastoiny: nieznaczne zatarcie granic; żyły dość szerokie i powyginane; wzrok bez zmian. 14.III.23— lewe dno norm.; na prawym—ślady zastoiny, daleko słabsze niż poprzednio; wzrok bez zmiany. Bóle głowy rzadsze, osłabły. Ruchy pląsawicze daleko mniejsze. 26.IV.23. Zmian na dnie oczu już niema. Bóle głowy ustały. Ruchy pląsawicze minimalne. 10.V.23. Utrudnione łykanie. Gruczoł tarczowy wyraźnie powiększony, szczególnie płat prawostr., oba twarde, tętno 100. 25.VI.23 — obrzęk gruczołu tarczowego stopniowo mniejszy. 3.VII.23. Wypisana ze znaczną poprawą, bez zmian na tarczach. Wzrok +. Bóle głowy ustąpiły. Tarczyca nie powiększona. Ruchy pląsawicze bardzo słabe, przelotne, w palcach u rąk i nóg. Ciepłota normalna; samopoczucie dobre.

Tak więc u 18-letniej chorej w przebiegu pląsawicy Sydenhama, przeważnie prawostronnej, w 6-ym miesiącu choroby wystąpiła — wśród dotkliwych bólów głowy — obustronna tarcza zastoinowa, wyraźniej w oku prawym, z wysiękami oraz krwotokiem na dnie oka lewego. Zastoina ta w lewym ustąpiła już po 2 tygodniach, a w prawym dopiero po upływie 3 miesięcy wraz z bólami głowy.

Objawy oczne wogóle, ze strony nn. wzrokowych w szczególności, należą w przebiegu pląsawicy Sydenhama do bardzo rzadkich. Najczęściej spostrzegano zaburzenia źrenic. Tak więc Hasse, Rosenthal, Ziemssen (1894) i inni obserwowali nadmierne rozszerzenie źrenic, ze słabym odczynem na światło i oddziaływaniem na przystosowanie, wzgl. bez nich. W przypadkach pląsawicy połowiczej, wzgl. ogólnej z przewagą jednej strony, ulegać ma — według tych autorów — rozszerzeniu i leniwemu oddziaływaniu na światło źrenica po stronie dotkniętej chorobą.

Wallenberg (1895), Bernard (1904) Opepnheim (1923), i in. przeciwnie podkreślają sprawne oddziaływanie źrenic w przebiegu pląsawicy; to samo potwierdzają i nasze spostrzeżenia. Cruchet (1904) spostrzegał często drgawki tęczówki (*hippus)*, inni — zapalenie jej; porażeń mięśni ocznych nato-

miast nie spostrzegano. Wyjątek stanowią przypadki takie, jak Westphala (1912), w którym porażenie mięśni oczu zależne było od krwotocznego zapalenia istoty szarej mózgu na dnie III komory i wodociągu Sylviusza. Daleko rzadsze są powikłania ze strony nn. wzrokowych. W całym piśmiennictwie znalazłem 2 przypadki zapalenia nerwów wzrokowych w przebiegu pląsawicy, opisane przez Goversa (1881), 1—przez Babomeix i Bernarda (1909), 2— przez Carpentier i Schlesingera, 2 przypadki zaniku nn. wzrokow. Mendla (1888) wreszcie 1 przypadek Sterlinga (1912) zaniku nn. wzrokow. ze ślepotą. Nieco częściej spostrzegano nagłą ślepotę po zaczopowaniu *art. centralis retinae* w przypadkach pląsawicy, powikłanej wadą serca (Sym 1888), gdzie doszło nawet do zaniku n. wzrokowego. Gdy ślepota przemijająca powtarza się kilkakrotnie, chodzi zapewne niekiedy o skurcz naczyń, jak sądzi Wagenmann (1906). Podług Gowersa przekrwienie nn. wzrokowych występuje w 8—10% pląsawicy.

Tak więc widać, że dotychczas w przebiegu pląsawicy Sydenhama nie obserwowano tarczy zastoinowej, przypadek nasz byłby zatym pierwszym tego rodzaju spostrzeżeniem. Z punktu widzenia klinicznego zapalenie nn. wzrokowych w przebiegu pląsawicy, opisane przez wymienionych wyżej autorów, należy traktować jako zakaźne, w mniejszym stopniu jako toksyczne. Wiemy, że w przebiegu wielu chorób zakaźnych, jak grypa, dur brzuszny, róża, błonica, odra, zimnica, a nawet gościec, spostrzegano zapalenie nn. wzrokowych, przyczym przeważnie obustronne, rzadziej pozagałkowe (*neuritis retrobulbaris*). Podobne spostrzeżenia, jakkolwiek pojedyńcze, czyniono ostatnio w zapaleniu nagminnym mózgowia (*Encephalitis lethargica*)— Libby (1922) i Naccarati (1922).

Tarcze zastoinowe w wyżej podanym spostrzeżeniu, prawdopodobnie, zależą od zapalenia surowiczego opon (*Meningitis serosa*) na tle przewlekłej pląsawicy. Przebieg cierpienia — zwł. w okresie zdrowienia — przemawiają za tym przypuszczeniem.

II. C.·R., l. 17, przybyła dn. 23. III. 1921. Choroba rozpoczęła się przed 3 miesiącami dość nagle od ruchów mimowolnych w prawostr. kończynach; ruchy te trwają do chwili obecnej i nasilają się. Od 3 tygodni występują napady, w czasie których ruchy mimowolne

w kk. prawych znikają całkowicie, a natomiast stają się one ociężałe, drętwe, zupełnie bezwładne, przyczym chora traci też i mowę. „Napad“ taki trwa od kilku minut do godziny, poczym ruchy mimowolne wracają wcześniej, aniżeli mowa.

Przed 6 laty chora już była zapadła na taką samą chorobę, jak obecnie, przyczym i wówczas dotknięta była tylko prawa połowa ciała. Napadów zaniemówienia lub bezwładu kończyn wówczas jednak nie miewała. Przed wybuchem obecnego cierpienia była zdrowa, nie gorączkowała, nie miała dwojenia, nie uskarżała się na bezsenność. Z chorób zakaźnych w dzieciństwie odra, przed 3 laty —dur brzuszny. Napadom drgawek, omdleniom nigdy nie ulegała. Nie cierpiała na bóle lub zawroty głowy. Menses od roku naogół nieregularne. Matka zmarła na gruźlicę, ojciec z powodu zapal. wyrostka robaczk. Rodzeństwo—zdrowe,

St. ob.: wzrostu średniego, budowy prawidł. Nieznaczna sinica rąk i nóg; dermografja wyraźna. Serce — granice normalne, u wierzchołka szmer skurczowy, rozkurczowy ton głuchy; II ton nad tętnicą główną niezaakcentowany. Tętno 90, miarowe, miernie napięte. Ciepłota 36,8°. Tarczyca niepowiększona.

Układ nerwowy: W zakresie nn. czaszkowych zmian niema. Odruchy okostnowe i ścięgnowe na kk. górnych—umiarkowane; brzuszne, kolanowe —jednakowe, żywe; ze ścięgna Achillesa umiarkowane. Odruchów patologicznych niema.

W obrazie klinicznym na plan pierwszy wysuwają się natomiast ciągłe ruchy mimowolne o charakterze pląsawiczym, przyczym wyłącznie prawej połowy ciała, zwł. w odcinkach dystalnych kończyn, a w kończynie dolnej bardziej intensywne, aniżeli w górnej. Ruchy te nasilają się przy ruchach dowolnych. W prawej połowie twarzy widać rozmaite ruchy—na podobieństwo grymasów—przyczym niekiedy spostrzega się też tylko po stronie prawej rozdęcie skrzydełka nosowego. Siła, sprawność ruchowa, czucie zachowane. Przy uścisku dłonią lewą występują współruchy prawej,—przyczym ruchy pląsawicze wzmagają się. Podobne współruchy występują również w chorej prawej dłoni przy wykonywaniu z wysiłkiem ruchów stopą chorą. Bezładu, dysmetrji, drżenia zamiarowego, adiadochokinezy, jak również *petits signes*—niema.

Napady niemoty, o czym było wyżej, występują bez widocznej dla chorej przyczyny. Z początku zjawiały się one raz na kilka dni, następnie codziennie i trwały z godzinę. Od chwili przybycia do szpitala napady te zdarzają się raz, rzadziej dwa dziennie, przyczym trwają znacznie krócej, zaledwie kilka minut. Występują nieregularnie w ciągu dnia, niekiedy pod wieczór, nigdy w nocy, ani też wczesnym rankiem. Nie są zależne ani od przyczyn zewnętrznych, ani też od wzruszeń; nie są też zależne widocznie od procesu trawienia; zjawiają się zarówno przed, jak i po jedzeniu. Pewna ociężałość w pr. k. górnej, a w mniejszym stopniu w pr. dolnej, jest objawem zbliżającego się napadu; jednocześnie znikają zupeł-

nie ruchy pląsawicze w nich, a występuje niemota. Chora zaznacza, że mowę traci dość szybko: przez chwilę może jeszcze mówić, lecz już niewyraźnie, tak że trudno ją zrozumieć; niebawem zupełnie mówić sama przestaje, ale rozumie nadal dobrze mowę innych. Chora podkreśla, że gdy w ten sposób mowę traci, nie odczuwa bynajmniej żadnych sensacji szczególnych w głowie ani ciężaru, ani jakiegokolwiek zamroczenia; jest przytomna, rozumie wszystko, rozmawia wewnętrznie, wyciąga wnioski i t. d. A gdy okres zaniemówienia mijać zaczyna, ruchy pląsawicze ponownie w pr. kk. się pojawiają, a i mowa stopniowo wraca, choć z początku jeszcze niedokładna, lecz wkrótce staje się zupełnie normalna. Cały okres niemoty takiej napadowej trwa niekiedy przeszło godzinę; podczas napadów długotrwałych twarz bywa niekiedy blada. Badanie odruchów ścięgnowych, okostnowych i skórnych podczas jednego z napadów wykazało, że nie ulegają one zmianie, z wyjątkiem pewnego osłabienia prawego odruchu stopowego. Zarówno w czasie napadu, jak i przez pewien czas po nim, przy ruchach mimicznych twarzy występował wyraźny niedowład dolnej gałązki pr. nerwu twarzowego.

Celem zbadania napięcia w układzie autonomicznym i współczulnym poza napadem, zastrzyknięto 0,01 *pilocarpini hydrochlorici*. Gdy przed zastrzykiem tętno było 78, to po 5 min. = 88, wystąpiło uczucie gorąca w twarzy, mdłości oraz nieznaczne ślinienie. Po 18 min. tętno 108, a zwracały uwagę oczy błyszczące, twarz spocona, zaczerwieniona, ślinienie wybitne, mdłości. Ruchy pląsawicze przez cały czas trwania tych objawów były b. wybitne i po 20 min. jeszcze były widoczne. Po kilku dniach zastrzyknięto 0.001 *Atropini sulf.* Przed zastrzyknięciem tętno = 88, po 2 min. = 102 i dość znaczne uczucie suchości; po 30 min. = 128, suchość w ustach b. znaczna.

Preparaty salicylowe wywoływały pokrzywkę na skórze kk. oraz obrzęki.

Tak więc 17-o letnia chora w przebiegu prawostronnej pląsawicy Sydenhama cierpi na krótkotrwałe, powtarzające się napady zaniemówienia, połączone z okresowym porażeniem k. k. pr. oraz z przemijającą utratą ruchów pląsawiczych.

Niezwykłe to powikłanie w przebiegu pląsawicy Sydenhama zasługuje na bardziej szczegółowe omówienie.

Bezwład, wzgl. niedowład, nie należą do klinicznego obrazu pląsawicy. Wprawdzie znana jest powszechnie postać poraźna pląsawicy, t. zw. p l ą s a w i c a w i o t k a (*chorea mollis—Limpchorea, Paralitic chorea*), lecz tu ma się, do czynienia, jak wiadomo, jedynie z porażeniem rzekomym, gdyż znaczne

osłabienie napięcia mięśniowego (aż do zupełnego niekiedy zwiotczenia mięśni) obok słabo zaznaczonych ruchów pląsawiczych, naśladuje porażenie.

Sterling (1918), opierając się właśnie na objawie zwiotczenia mięśni, zniesieniu odruchów ścięgnowych, niedowładzie oraz spostrzeganym przez Schepovalnikowa braku elektrycznego oddziaływania mięśni (*Cadaverreaktion*) w pląsawicy wiotkiej, wyraża przypuszczenie, że chodzi tu o istotne porażenie, zależne od zmian w neuronie obwodowym, zwł. w komórkach rogów przednich. Nieliczne przypadki porażeń połowiczych w przebiegu pląsawicy starano się powiązać z zatorem naczyniowym i następczym rozmiękczeniem istoty mózgowej (Simon, Crouzon, i inni (1904). Co do zaburzeń mowy w przebiegu pląsawicy, to należy pozostawić na uboczu mowę przerywaną, wybuchową, którą spostrzega się dość często u dzieci, jako jeden z objawów pląsawicy w mięśniach głośni, języka, twarzy i in., czynnych podczas aktu mówienia. Następnie w przypadku naszym wyłączyć należy zaburzenia mowy pochodzenia psychicznego, pod wpływem bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych. Prócz tego, zespół tego objawu z porażeniem prawostronnym, z osłabieniem również i dolnej gałązki pr. nerwu twarzowego (względnie osłabieniem też pr. odruchu podeszwowego) przemawiają przeciw naturze psychopochodnej tego objawu. Pozatym podkreślamy, że nigdy nie było wpływu suggestji na sam napad. W przypadku naszym wyłączyć należy też również niemotę (ruchową, czuciową), którą zator w naczyniach, mózgu spowodować może, Bruns podkreśla możliwość zaburzeń łykania i mowy w przebiegu pląsawicy, jako zespołu rzekomoopuszkowego. W przypadku powyższym oczywiście nie miano z tym do czynienia.

Porażenie połowicze wraz z niemotą, o charakterze wybitnie napadowym, wykazują wiele podobieństwa z zespołem analogicznym, spostrzeganym niejednokrotnie w przebiegu migreny (Monografja Flataua (1912) dostarcza wiele spostrzeżeń z tego zakresu). Zaburzenia owe, zależne od chwilowego skurczu naczyń, przeważnie w obrębie tętnicy Sylwjusza, mogą poprzedzać, towarzyszyć lub występować po napadzie migreny.

Oppenheim i inni spostrzegali i bez migreny szybko przemijające, powtarzające się porażenie na tle zaburzeń naczynioruchowych, w tętnicach mózgu, a występujące samoistnie.

W pewnym pokrewieństwie do tych postaci, ale już na tle zmian miażdżycowych w naczyniach, powstają: przestankowa niemota, niedowłady, jako jeden z objawów *„claudicatio intermittens cerebri"* (Brissaud 1899, Erb 1910, Grasset 1899).

Co się tyczy naszego przypadku, nadmienić należy, że przemijające i powracające napady prawostronych porażeń, połączone z niemotą, przy zupełnym zachowaniu przytomności, przemawiają za ich naczynioruchowem pochodzeniem; świadczą o tym do pewnego stopnia również i inne zaburzenia, będące w bezpośrednim (sinica kończyn, dermografja) lub pośrednim związku z chwiejnością naczyniową (wzmożone napięcie układu roślinnego, szczególnie sympatycznego). Ta chwiejność naczyniowa może być wynikiem czynników zakaźnych, wywierających między innemi również wpływ na nadnercza, od których już bezpośrednio zależny jest układ naczyniowy.

Wypada w końcu wspomnieć w celach różniczkowych o postaci przemijającej niemoty w innych chorobach zakaźnych jak w róży (Modena 1903), zapaleniu płuc (Anton 1905) durze (Hahn) i inn.

Pewną trudność przedstawia wytłumaczenie znikania ruchów pląsawiczych w okresach napadowych porażeń. Musimy ograniczyć się w tym względzie jedynie do hipotetycznej wzmianki, że dzięki wzajemnej współzależności, jaka istnieje normalnie między korą a wielkiemi węzłami, chwilowy, lecz zupełny brak podniet z pierwszej pociąga za sobą, być może, stan spoczynku drugich. Mieliśmy może poniekąd do czynienia ze zjawiskiem takim samym, jakim jest utrata ruchów pląsawiczych podczas snu.

Odczyn Wassermanna w świetle badań współczesnych

Podał

J. I. Rosenberg

(Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu naukowym w dn. 2. XI. 1923)

Odczyn W-a pomimo długiego okresu czasu, jaki dzieli nas od chwili jego wykrycia, nie przestaje jednak budzić nadal zainteresowania i przykuwać wciąż jeszcze uwagi licznych badaczy. A dzieje się tak z dwóch przyczyn: 1) istota odczynu nie jest do tej pory ostatecznie wyjaśniona; 2) znaczenie kliniczne jego jest coraz większe.

Dwie te sprawy właśnie będą przedmiotem rozważania w odczycie moim.

Jak wiadomo Szan. Kolegom, odczyn W-a był pomyślany (i zbudowany) na podstawie znanych doświadczeń Bordet'a i Gengona. Badacze ci dowiedli, iż wywoływacz czyli antygen (np. bakterje), dodany do swoistego amboceptora, t. j. ciała, powstającego w ustroju pod wpływem antygenu, wiąże t. zw. komplement czyli dopełniacz, ciało, znajdujące się w każdej świeżej surowicy, przyczym następuje bakterjoliza. To samo się dzieje i przy hemolizie, w której również biorą udział 3 składniki: 1) czerwone ciałka krwi barana, działające w zjawisku hemolizy jako antygen, 2) amboceptor hemolityczny, t. j. ciało, które powstaje w surowicy królika pod wpływem antygenu, a warunkuje jego odporność względem czerwonych krążków krwi baraniej, 3) komplement.

Proces, odbywający się tutaj, objaśniamy przy pomocy teorji łańcuchów bocznych Erlicha w sposób następujący: hemolityczny amboceptor posiada dwie wiążące grupy, jedną mającą powinowactwo do dopełniacza, drugą do czerwonych krążków krwi; takie same dwie grupy, wiążące posiada również dopełniacz, który jest ciałem niestałym, ciepłochwiejnym, a ogrzewaniem surowicy do 56^0 w ciągu $^1/_2$ godziny można go zniszczyć, t. j. surowicę inaktywować.

W razie połączenia 2-ch układów bakterjolitycznego i hemolitycznego „komplement" spotyka albo dwa nieswoiste cia-

ła, nie łączy się z niemi, uzupełnia natomiast układ hemolityczny i warunkuje hemolizę, albo też napotyka dwa względem siebie swoiste ciała, zostaje związany, nie przechodząc już do łańcucha hemolitycznego i w ten sposób następuje zahamowanie hemolizy.

Wassermann, Neisser i Bruck zamiast hodowli krętków bladych, używali, jako antygenu, wodnego wyciągu z wątroby płodu, zakażonego kiłą, z dużą ilością krętków, a wyniki dodatnie, otrzymywane z surowicami kiłowemi, tłomaczyli obecnością w nich swoistych przeciwciał. Już w krótkim czasie po odkryciu W-a Landsteiner, Müller i Pötzl dowiedli, iż próba W-a doskonale wypada z wyciągiem alkoholowym z serca morskiej świnki; Michailis dla tego samego celu używał wyciągu z serca ludzkiego, Meier i Levaditi z wątroby zdrowego osobnika.

Obalone zostało w ten sposób twierdzenie Wassermanna o łączeniu się w odczynie swoistych względem siebie ciał, gdyż w powyższych doświadczeniach nie stosowano syfilitycznego antygenu. A jednak przyznać należy, iż analogja między odczynem W-a a doświadczeniami Bordeta i Gengon'a jest uderzająca: w jednym i w drugim przypadku — w razie dodatniego wyniku — ma miejsce wiązanie komplementu, a co za tem idzie — zahamowanie hemolizy.

Dla wyjaśnienia istoty odczynu zaczęto więc bliżej badać zachodzące w nich zjawiska fizyko-chemiczne. Tak więc stwierdzono przedewszystkiem, iż z surowicą kiłową łączą się lipoidy używanych do odczynu wyciągów (Elias, Porges, Neubauer i Salomon), przyczym wypowiedziane zostały dwa poglądy.

Jedni sądzili, iż w surowicy chorych kiłowych powstaje substancja szczególna, która wiąże się chemicznie z lipoidami, inni zaś upatrywali istotę odczynu nie w powstawaniu nowej substancji, lecz w zwiększeniu ilości — albo też zmianie fizycznej — normalnych składników surowicy.

Że obecność pewnych ciał w surowicy może warunkować jej odczyn dodatni, dowodzą badania Romlngera. Mucha i Fränkla, którzy — przez dodanie do surowicy kwasów tłuszczowych, aminowych lub chloroformu, — zmieniali odczyn ujemny na dodatni. Badania dotychczasowe nie stwierdziły jed-

nak w surowicy kiłowej takich zmian chemicznych, któreby pozwalały odróżnić ją od normalnej. Natomiast metody strątowe (*praecipitatio*), a szczególnie ulepszona metoda Meinicke'go i Sachs-Georgi'ego, wykazały, że surowice kiłowe posiadają elementy, ulegające łatwiej strąceniu przez lipoidy, aniżeli się to dzieje w surowicy normalnej. Są to, jak się okazało, globuliny. Doświadczalne badania Kapsenberga i Weisbacha dowiodły, że surowice kiłowe, pozbawione globulin, dają odczyn ujemny, same zaś globuliny surowicy kiłowej—w przeciwieństwie do globulin surowicy normalnej,—reagują dodatnio. Na rolę globulin w odczynie W-a wskazują również doświadczenia Hirszfelda i Klingera, którzy za pomocą zwykłego trzęsienia surowicy wzmagali chwiejność globulin i w ten sposóą surowicę ujemną zamieniali na dodatnią. Ale w przeciwieństwie do surowicy kilowej zjawisko to znikało jednak po ogrzaniu do 56⁰.

Większość badaczy sądzi, iż globuliny surowicy kiłowej odznaczają się wzmożoną chwiejnością, przez co łatwiej ulegają strąceniu po dodaniu lipoidów, a powstające strąty lipoidowo-globulinowe wiążą komplement. Nieco inaczej na sprawę tę zapatruje się wybitny serolog Sachs. Według niego w swoistych serodiagnostycznych próbach — przez połączenie antygenu z przeciwciałem—globuliny podlegają bezpośrednio fizykalnym zmianom w tym kierunku, iż łatwiej ulegają strąceniu, przyczym następuje zarazem inaktywacja t. j. zniszczenie komplementu. To samo dzieje się i w odczynie W-a połączenie lipoidów, zawartych w wyciągach, z surowicą syfilityczną wywołuje labilizację t. j łatwiejszy strąt globulin, który jest bezpośrednią przyczyną wiązania komplementu.

Ta wzmożona więc chwiejność globulin surowicy kiłowej nie jest według Sachsa zjawiskiem pierwotnym, lecz wtórnym, występującym pod wpływem połączenia wyciągu z surowicą kiłową. Weil, Braun i sam twórca odczynu Wassermana stoją na innym zupełnie stanowisku. Sądzą oni, iż lipoidowe produkty przemiany materji kiłowo zmienionej komórki wywołują powstawanie w ustroju przeciwciał przeciw wspomnianym produktom, i że te przeciwciała łączą się z lipoidami i są przyczyną odczynu, który jest więc odczynem odpornościowym przeciwko produktom rozpadu. Wspomnę jeszcze o zupełnie

oryginalnym poglądzie Bergla. Według niego surowica chorych kiłowych odznacza się zdolnością rozszczepiania tłuszczów, która zdaje się wzrasta w miarę powstawania niweczników. W lipazie, pochodzącej w ten sposób z limfocytów ognisk zapalnych, ujawnia się — wobec lipoidów wyciągów — jej charakter swoisty. Zdaniem Bergla odczyn W-a jest tylko pośrednio wskaźnikiem zakażenia kiłowego, przedewszystkiem zaś wyrazem biologicznym istnienia w ustroju niweczników przeciwko wywoływaczom kiły; odczyn dodatni jest, według autora tego, objawem korzystnym, dowodzi bowiem, iż ustrój posiadł dość sił obronnych przeciwko zarazkom kiły.

Prawie wszyscy badacze, jak Sachs, Kafka, Lange, Jakobschal, Graëtz, Sonntag, Boas i wielu innych uważają dodatni odczyn za ściśle związany z obecnością krętków w ustroju, za objaw czynnego przymiotu, należy go więc według nich zwalczać nawet wtedy, kiedy brak jakichkolwiekbądź innych objawów cierpienia kiłowego.

Jak widzimy, w odczynie W-a pewnym jest swoisty stosunek lipoidów do surowicy kiłowej, oraz łatwiejsze strącanie się globulin. Powstające przez to komplekty globulinowo-lipoidalne — niewidzialne w odczynie W-a, a widoczne gołym okiem w odczynach kłaczkowych, posiadają zdolność wiązania dopełniacza, ten zaś jest potrzebny wyłącznie dla uwidocznienia odczynu Wass. przy pomocy układu hemolitycznego To łatwiejsze tworzenie się strątu globulin w surowicy kiłowej zależy od ich wzmożonej chwiejności, która najprawdopodobniej jest zjawiskiem pierwotnym. A teraz jeszcze pytanie, gdzie właściwie powstają te globuliny, przez niektórych nazywane też reaginami? Źródłem ich powstawania są najprawdopodobniej sprawy rozpadowe w komórkach swoistych ognisk zapalnych, znajdujących się w bezpośrednim zetknięciu z krętkami. Przemawia za tym, według Kolmera, Venuleta i innych fakt, że dodatni odczyn W-a przedewszystkiem stwierdzić można w surowicy wrzodu pierwotnego (Reizserum niem. autorów), dalej odczyn W-a w swoistych wysiękach stawowych, płynie komory ocznej przy *iritis luęt*, nie mówiąc już o płynie mózgowo rdzeniowym.

Wystąpienie lub narastanie odczynu W-a po rozpoczę-

ciu leczenia również prawdopodobnie jest w związku ze wzmożonym pod wpływem leczenia rozpadem nacieczeń swoistych.

Na tym samym zjawisku polegałaby t. zw. prowokacja odcz. W-a. Zanim przejdę do drugiej części odczytu, omawiającej kliniczne znaczenie odczynu, pozwolę sobie zwrócić uwagę Sz. Kolegów na parę szczegółów, dotyczących jego techniki. Dla otrzymania dokładnych i właściwych wyników konieczny jest przedewszystkiem odpowiedni antygen, t. j. taki, któryby wykrywał nawet małe ilości reagin, a nie dawał by jednak nieswoistych zahamowań. Używamy obecnie przeważnie wyciągów alkoholowych z narządów normalnych lub kiłowych, uczulonych przez dodanie cholesteryny. Należy jednak pamiętać, iż zbytnia ilość cholesteryny może powodować nieswoiste wyniki. Niejednakową siłą wyciągów możemy sobie tłómaczyć wręcz odmienne wyniki, otrzymywane nieraz z tą samą surowicą w rozmaitych pracowniach, z tego więc względu byłoby bardzo pożądane ujednostajnienie zarówno odczynników, a przedewszystkiem antygenu, jak i techniki. Rozumie się, iż konieczne jest wymiareczkowanie wszystkich odczynników i każdorazowe miareczkowanie dopełniacza, siła jego bowiem waha się w bardzo szerokich granicach.

Według Sonntaga Boosa i inn. tylko oryginalna metoda W-a jest miarodajną, rozmaite zaś modyfikację są mniej pewne, dają bowiem niekiedy nieswoiste wyniki.

Co się tyczy metod kłaczkowych Meinickego i Sachs-Georgi'ego, to nie miały one tymczasem samoistnego znaczenia, a słabo dodatnie odczyny według tych metod są daleko trudniejsze do odczytania, aniżeli według oryginalnej metody W-a.

Przechodząc do oceny klinicznej wartości odczynu, należy rozstrzygnąć dwa pytania: 1) czy odczyn jest swoistym dla przymiotu? 2) czy odczyn dodatni zawsze występuje w kile? Na pierwsze pytanie należy odpowiedzieć przecząco, odczyn bowiem nie jest swoistym ani co do istoty, ani co do wyniku, niemniej jednak jest b. charakterystyczny dla przymiotu.

Zdarza się—co prawda — odczyn dodatni zdaniem wielu autorów w trądzie i *framboësia tropica*, dalej przejściowo

w przebiegu zimnicy, gorączce powrotnej, płonicy, niekiedy w przypadkach nowotworów.

Boas na 3346 przypadków surowic, pochodzących od osobników zdrowych lub dotkniętych rozmaitemi cierpieniami, otrzymał 5 nieswoistych zahamowań (1 przypadek trądu, 1-a szkarlatyny, 3 — narkozy). Lesser na 5000 miał 3, w których jednak z pewnością nie można było wyłączyć przymiotu. Citron na 2000 surowic nie otrzymał ani jednego nieswoistego odczynu, Sonntag na 1000 ani razu. Należy pamiętać, iż nieswoiste wyniki mogą zależeć od niewłaściwej techniki, z drugiej strony są możliwe błędy w rozpoznaniu. Dodać muszę, że dodatni odczyn wskazuje tylko, iż dany osobnik jest zakażony przymiotem, nie zaś, że pewien objaw chorobowy jest kiłowego pochodzenia.

Przecież niezbyt rzadko przymiot kombinuje się z gruźlicą lub rakiem. Wegług Kolmera tylko przymiot i *framboësia trop.*, cierpienie zresztą bardzo podobne do kiły i również zależne od krętków, dają dodatni odczyn W-a, nie wierzy zaś on w nieswoiste odczyny, a jeśli się zdarzają, to zależą według niego wyłącznie od wadliwej techniki; w miarę udoskonalenia jej będzie ich coraz mniej.

To samo odnosi się i do płynów mózgo-rdzeniowych. Boas na 70 płynów, Sonntag na 50 nie otrzymali ani razu nieswoistego wyniku.

Wobec powyższych danych dodatni wynik W-a winien być uważany za przejaw spr wy kiłowej, słabe zahamowanie nie upoważnia jeszcze do rozpoznania przymiotu, nie powinniśmy go jednak zupełnie lekceważyć. Co się tyczy drugiego pytania, czy odczyn dodatni występuje stale w kile, to i na nie musimy dać odpowiedź przeczącą, a więc wynik ujemny nie wyłącza obecności zakażenia swoistego. W pierwszorzędowym okresie kiły—poszczególni badacze otrzymywali rozmaity % wyników dodatnich, od 43% — 95% — 100%. Różnice te zależą przedewszystkiem od tego, kiedy była brana krew do badania na odczyn Wass. Wiadomo, że najczęściej występuje dodatni odczyn w 6-8 tygodni po wystąpieniu pierwotnego owrzodzenia; według Levaditi'ego na 8—15 dni w 33% po 15—30 dni w 57%.

Fischer po 5 tygodniach od chwili zakażenia otrzymał

dodatni wynik w 27%, po 7—8 tygodniach w 75%, po 9—10 tygodniach w 80,8%. Chociaż w okresie tym, jak widzimy, szczególnie w pierwszej jego ½, odczyn W-a daje często wynik ujemny, uzupełnia jednak badanie na krętki i daje możność przystąpienia w porę do poronnego leczenia.

Najnowsze badania Klaudera, Kolmera i innych dowiodły, iż w seronegatywnym okresie przymiotu pierwszorzędowego surowica owrzodzenia pierwotnego reaguje dodatnio, co może mieć b. wielkie znaczenie rozpoznawcze szczególniej w tych razach, kiedy trudno stwierdzić obecność krętków. W okresie tym z płynem mózgowordzeniowym otrzymywali dodatni odczyn w sporadycznych przypadkach Gennericht, Wile i Stokes, Audry, Fleischman.

Przy 2-rzędowym jawnym przymiocie — nie leczonym — otrzymywano do 100% wyników dodatnich. (Boas, Müller, Sonntag), Mniejszy odsetek mieli inni autorzy, o ile nie odróżniali przypadków leczonych od nieleczonych, nawrotów od świeżych przypadków.

Płyn mózgordzeniowy w okresie tym, jak pokazały badania Fränkela, Altmana, Dreyfusa, Gennericht'a, a u nas Lejberga, dość często reaguje dodatnio, szczczególniej przy t. zw. neurorecydywach, w 14% przypadków, częściej dodatnio reaguje w okresie nawrotów (w 30%).

W 3-rzędowym okresie w przypadkach nieleczonych ilość wyników dodatnich dochodzi według Sonntaga do 100%, znacznie mniejszy procent otrzymujemy w przypadkach leczonych.

Płyn mózgowordzeniowy w okresie tym bardzo rzadko reaguje dodatnio. Przymiot utajony daje 10—80% dodatnich wyników, przeciętnie około 50%; na wynik wpływa czas, jaki upłynął od chwili zakażenia i leczenie. Płyn mózgowordzeniowy w okresie tym w 25% przypadków daje odczyn W-a dodatni, częściej występuje przy alopecia, leucoderma i po neurorecydywach, niekiedy dodatni odczyn płynu wyprzedza wystąpienie poważniejszych spraw chorobowych układu nerwowego (Altman, Dreyfus, Nonne). Co się tyczy cierpień metaluetycznych, to wiąd rdzenia daje według Boasa i Müllera w snrowicy 75% wyników dodatnich, według Nonnego i Holtzmana 70%, Redlicha 67, ·%. Sonntag w nieleczonych przypadkach otrzymywał 100%, a Citron w leczonych 50% wyników dodatnich. Płyn

mózgowordzeniowy w nieleczonych przypadkach wiądu daje według Sonntaga, Holtzmana i Hauptmanna 100% wyników dodatnich, przyczym reaguje przeważnie ma większe dawki.

W porażeniu postępującym, zupełnie nie leczonym, surowica, jak również płyn reagują prawie zawsze dodatnio, przyczym już małe dawki płynu w przeciwieństwie do wiądu rdzenia dają b. mocny odczyn. We wrodzonym przymiocie jawnym tak samo często otrzymujemy dodatni odczyn W-a, jak w nabytym, przyczym jest on mocniejszy, niż przy innych postaciach przymiotu. To samo odnosi się i do *Lues congenita tarda*: Boas zbadał krew w 54 przypadkach tej postaci kiły i we wszystkich otrzymał wynik dodatni, a mianowicie w 28 przypadkach *Keratitis parenchymatosia*, *chorioiditis* lub innych cierpień oczu, w 6-ciu — przedziurawienia podniebienia, w 11 — cierpienia stawów i kości, w 4 — *Tabes juvenilis*, w 3 — *Paralys. juven.*, w 1 — *Myetitis* i w 1 — *Hemiparesis*. Dodać należy, iż odczyn W-a rzucił światło na swoiste pochodzenie niektórych postaci wrodzonego wodogłowia, (Knopfelmacher, Lehudorf, Schultze, Sonntag, Boas), idyotyzmu (Boas) i pląsawicy (Babonneux i Flatau). Płyn mózgowordzeniowy we wrodzonym przymiocie również n i e r a z reaguje dodatnio: Neve w 2 przypadkach *Paralysis juven.*, a Boas w 2 przypadkach *Tabes juven.* i 3 — *Paralys javen.* otrzymali w płynie odczyn W-a dodatni. Z powyższego przeglądu rozmaitych okresów przymiotu widzimy, iż nie zawsze daje on dodatni odczyn, że % wyników dodatnich zależy od okresu choroby i poprzedzającego leczenia, odczyn więc ujemny nie wyłącza obecności jadu kiłowego w ustroju, a nieraz jest zupełnie bez znaczenia, o ile nie był zbadany płyn mózgowordzeniowy.

Przechodzę do wpływu swoistego leczenia na odczyn. Pierwszy Citron, a w ślad za nim b. wielu autorów spostrzegało, iż odczyn dodatni pod wpływem leczenia słabnie lub też zmienia się na ujemny, zdarzają się jednak przypadki, gdzie odczyn pod wpływem leczenia wcale się nie zmienia, albo też ujemny odczyn podczas lub po leczeniu zmienia się na dodatni (Blumenthal i Rocher, Fischer), albo też słaby odczyn staje się mocniejszym (Müller, Citron). Najprędzej odczyn dodatni zmienia się na ujemny w przypadkach 2-rzędowego przymiotu, znacznie trudniej w przy-

miocie 3-rzędowym, wrodzonym i cierpieniach metaluetycznych. Z rtęciowych preparatów najszybciej wpływają na odczyn rozpuszczalne sole, podlegające szybszemu wessaniu (Feuerstein); ale najczęściej po paru miesiącach znowu występuje odczyn dodatni, niekiedy, jako zwiastun zbliżającego się nawrotu cierpienia. Znacznie trwalszy, zdaje się, jest wpływ na odczyn skombinowanego leczenia rtęcią i salvarsanem. Ostatnio wprowadzony do terapji przymiotu bizmut według wielu autorów b. wolno wpływa na odczyn.

Co się tyczy znaczeniu odczynu W-a pod względem rokowania, to nie jest ono zbyt wielkie. We wczesnym okresie, utajonym, odczyn jest zmienny, wobec czego nie posiada wartości pod względem prognostycznym, niekiedy dodatni odczyn jest zwiastunem zbliżającego się nawrotu cierpienia, wystąpieniu którego udaje się nieraz zapobiedz przez natychmiastowe zastosowanie swoistego leczenia.

W późniejszym okresie utajonym dodatni odczyn wskazuje tylko na ukryte cierpienie swoiste, ujemny zaś, spostrzegany nawet w ciągu wielu lat po zakażeniu, nie dowodzi, iż osobnik jest zupełnie wyleczony, nagle bowiem mogą wystąpić gwałtowne nawroty cierpienia kiłowego. Z tych więc względów dla rokowania ma większe znaczenie strona kliniczna choroby, czas trwania, sposób leczenia i t. d., brak zaś odczynu W-a uważać należy jedynie, jako uzupełnienie obserwacji.

To samo powiedzieć można i o terapeutycznym znaczeniu odczynu. Wszak bez względu na wynik odczynu dotkniętego przymiotem należy leczyć od 2—4 lat, stosownie do ciężkości przypadku, i leczenia nie należy przerywać nawet, jeśli odczyn staje się nieco wcześniej ujemnym. Z drugiej zaś strony, nie należy bez końca prowadzić leczenia, często z wielką krzywdą dla chorego, tylko z tego względu, iż odczyn dodatni nie zmienił się na ujemny.

Wnioski:

1) Odczyn W-a jest to zjawisko fizykalno-koloidowe, zależne od wzmożonej chwiejności globulin surowicy krwi.

2) Zmienione globuliny (albo reaginy) powstają najprawdopodobniej w swoistych ogniskach drobnokomórkowych.

3) Najwięcej miarodajna jest oryginalna metoda W-a.

4) Bardzo pożądane jest ujednostajnienie odczynników, szczególniej antygenu oraz techniki.

5) Odczyn W-a, choć nie jest swoisty ani co do istoty, ani co do wyników, jest jednak dla przymiotu b. charakterystyczny.

6) Ujemny odczyn nie wyłącza istnienia przymiotu, często jest bez znaczenia, o ile w cierpieniach układu nerwowego nie był badany płyn mózgowordzeniowy; dodatni odczyn—pomimo braku klinicznych objawów — winien być uważany za objaw ukrytego a czynnego przymiotu.

7) Nieporównane jest znaczenie odczynu W-a we krwi pod względem rozpoznawczym, lecz szczególnie ujawnienie odczynu tego w płynie mózgowordzeniowym dla rozpoznania cierpień układu nerwowego.

8) Znacznie mniejsze jest znaczenie odczynu W-a dla rokowania i wskazań terapeutycznych.

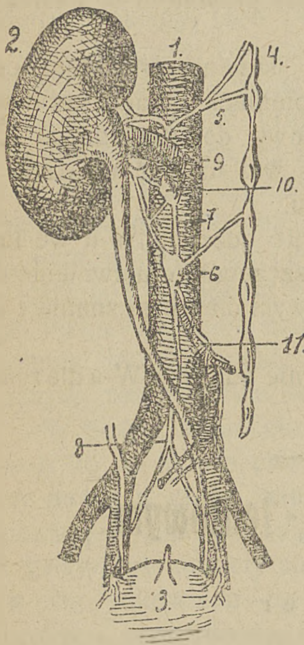
O odruchu nerkowo - jelitowym

Podał

D. Szenkier

Zaburzenia jelitowe w przebiegu kolki nerkowej są już oddawna znanym objawem klinicznym. Mdłości, wymioty, następnie wzdęcie brzucha oraz zatrzymanie stolców, spostrzegane przy napadzie kolki nerkowej, są już nawet łącznie do pewnego stopnia objawami charakrerystycznemi dla podobnego napadu. Często pozatym obserwujemy, że zaburzenia jelitowe wyprzedzają napad kolki nerkowej, niekiedy wydaje się nawet, jakby zaburzenia w przewodzie pokarmowym były właśnie czynnikiem, wywołującym taki napad. Do lat ostatnich brakło należytego naukowego wytłómaczenia tego faktu. Dopiero w r. 1919 wynik dodatni badań specjalnych S. Gil, Vernet'a i Gallart Monés'a umożliwił nam zrozumienie i ujęcie głębsze istoty tego zjawiska, a także wytłómaczenie pochodzenia wogóle wszystkich tych już znanych odruchów, których punktem wyjścia jest chora nerka.

Gil Vernet i Gallart Mones, badając szczegółowo układ współczulny, wykryli u człowieka nieznany dotąd splot, który nazwali zwojem dolnym krezkowym — *ganglion mesentericum inferius*. Jest to zwój nieparzysty, wspólny dla obu połów ciała, o kształcie wrzecionowatym, umiejscowiony na przedniej powierzchni tętnicy głównej, na wysokości odgałęzienia się od niej dolnej tętnicy krezkowej (*arteria mesenterica inferior*). Zwój ten jest połączony gałązkami nerwowemi ze zwojami współczulnemi lędźwiowemi obu stron. Z górnego bieguna splotu dolnego krezkowego biegnie gałązka, która łączy się ze zwojem nerkowym, oraz ze zwojem nerkowym tylnym (Hirszfelda), z dolnego zaś bieguna wychodzą dwie inne gałązki. Jedna idzie wzdłuż tętnicy dolnej krezkowej (*arteria mesenterica interior*) i rozgałęzia się na terenie, który tętnica ta zasila. Druga gałązka, unerwiająca pęcherz moczowy i moczowody, biegnie poza otrzewną, a po dojściu do poziomu wzgórka (*promontorium*) dzieli się na dwie mniejsze gałązki, które krzyżują moczowody i wraz z niemi kierują się ku tylnej powierzchni pęcherza. U kobiet drobne te nerwowe gałązki idą do macicy i przydatków, u mężczyzny zaś do gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych, a nawet wdłuż powrózka nasiennego do jąder (p. rys.).



Splot krezkowy dolny u człowieka (podł. Bartrina).
1. Tętnica główna; 2. nerka lewa—przesunięta naprzód i na prawo; 3. pęcherz moczowy; 4. zwój współczulny lędźwiowy; 5. nerw trzewny mały; 6. zwój krezkowy dolny; 7. gałązki wstępujące lub nerkowe tego zwoju: 8) gałązki z stępujące lub moczopłciowe tegoż; 9. tętnica i splot nerkowy; 10. zwój nerkowy tylny (Hirszfelda), 11. tętnica i splot krezkowy dolny.

Wykrycie zwoju krezkowego dolnego czyni zrozumiałym promieniowanie bólów nerkowych (szczeg: w kamicy oraz w przebiegu gruźlicy) w kierunku narządów płciowych oraz

pęcherza moczowego. Znane są przypadki, kiedy bóle w okolicy pęcherza oraz zaburzenia przy oddawaniu moczu, (nawet u chorych z zupełnie zdrowym pęcherzem, co stwierdzono za pomocą cystoskopji) były pierwszemi złowrogiemi zwiastunami gruźlicy nerki.

Odkrycie Vernet'a i Mones'a umożliwia najdokładniejsze wytłómaczenie odruchu nerkowo-nerkowego (Guyon'a), tak niezmiernie ciekawego i ważnego dla różniczkowego rozpoznania chorób nerkowych. Zaznaczę tu tylko, że wyrazem odruchu tego, jest odczuwanie bółu przez chorego nie po stronie jego nerki schorzałej, lecz przeciwnie po stronie jego nerki zdrowej, o czym szczegółowo zamierzamy pisać na innym miejscu. W danym zaś wypadku interesuje nas tylko odruch nerkowo-jelitowy, którego wytłómaczenie ułatwia wykryte właśnie połączenie zwoju krezkowego dolnego ze zwojami nerwowemi jelit przez wyżej wspomniane gałązki, idące od zwoju krezkowego dolnego wzdłuż tętnicy krezkowej dolnej.

W podanym niżej przypadku zaburzenia ze strony jelita grubego były tak znaczne i chwilami tak przeważały w obrazie klinicznym, że lekarze, obserwujący chorego, przypuszczali, że być może wytworzyło się bezpośrednie połączenie (przetoka?) między jelitem grubym, a nerką w stanie roponercza.

E. A., lat 29, badałem, wezwany przez internistę, w sierpniu 1922 r. z powodu napadu kolki nerkowej z bardzo wysoką gorączką. Chory zasłabł nagle, często zaczął oddawać mocz, miał bóle w prawym boku. W napadzie tym miał też dreszcze, mdłości, wymioty, wzdęcie i nieokreślone bóle brzucha oraz rozwolnienie. Przed kilku laty rzeżączka z powikłaniami w cewce tylnej, pęcherzu moczowym i w gruczole krokowym. Leczono go dłuższy czas instilacjami do pęcherza silnych rozczynów Arg. nitr., które wywoływały, jak chory podaje, „kurcze pęcherza". Nigdy nie gorączkował, nie odczuwał bólów w okolicy lędźwiowej.

Obecnie choruje od paru tygodni. Gorączka — od 38^0 do 40^0 — nie ustępuje. Stałe bóle w prawym boku potęgują się czasami i występują napadowo. Oddawanie moczu częste, a bolesne głównie pod koniec. Mocz mętny (dużo śluzu i ropy). W każdym napadzie takim występują zaburzenia jelitowe: bóle brzucha, głównie w miejscu jelita grubego, rozwolnienie, bolesne parcie na stolec. Wydzielina cuchnąca zawiera dużo śluzu i krwi. Wszystko to się uspakaja z chwilą ustąpienia bólów nerkowych. W narządach oddechowych i sercu nic nienormalnego. Natomiast w prawym pod-

żebrzu, w okolicy nerkowej, wyczuwało się guz, o powierzchni gładkiej, mało ruchomy przy oddechu, z dość wyraźną granicą dolną, dający się odgraniczyć od wątroby, bolesny przy ucisku i przy wstrząsie odpowiedniej okolicy lędźwiowej „*Ballotement rénal*". Z moczu wyhodowano gronkowce, zrobiono autoszczepionkę. Po kilku szczepieniach ciepłota ciała opadła do normy. Bóle w okolicy nerkowej znikły, a wraz z niemi i zaburzenia jelitowe. Chory poprawił się i zaczął wychodzić na ulicę. Zdjęcia rentgenowskie, dokonane wtym czasie, dały *quoad calculum* wynik ujemny. Cystoskopja z czynnościowym badaniem nerek wykazała, że pojemność pęcherza jest dobra, śluzówka nieznacznie przekrwiona, głównie w okolicy ujścia prawego moczowodu. Ujście lewego moczowodu małe, o zarysach normalnych. Ujście prawego moczowodu obrzękłe, rozszerzone. Indigokarmin zastrzyknięty śródmięśniowo wydziela się z lewej strony po 10' słabo, po 13' silnie; z prawej strony indigokarmin nie wydzielał się i po 30' obserwacji. W moczu prawej nerki była ogromna ilość ropy. R o z p o z n a n i e: r o p o n e r c z e p r a w o s t r. (*pyonephrosis*). Po 10 dniach chory dostaje nowego silnego napadu ze wszystkiemi wyż. wymienionemi objawami i z bardzo silnemi zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego.

W październiku 1922 r. w znieczuleniu ogólnym (chloroform) usunąłem zwykłym sposobem choremu prawą nerkę, wtrójnasób powiększoną, silnie zrośniętą z tkankami otaczającemi. Jak się okazało po wydobyciu nerki było tu typowe roponercze. Przebieg pooperacyjny gładki, bez powikłań, poza nieznacznym suchym zapaleniem opłucnej na poziomie usuniętego 12-go żebra. Chory prędko się poprawił; mocz czysty, zawierał zaledwie pojedyńcze ropne ciałka, przyczym oddawanie moczu było cokolwiek tylko częstsze, niż normalnie. Podkreślić należy, że żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego w przeciągu całego czasu obserwacji (13 miesięcy) nie było.

W przypadku tym była więc sprawa ropna w nerce prawej, najprawdopodobniej pochodzenia wstępującego, na tle przebytej rzeżączki. Aczkolwiek więc objawy ze strony dróg moczowych podczas napadu były bardzo wybitne, jednakże i objawy ze strony przewodu pokarmowego (wymioty, mdłości, bóle brzucha, rozwolnienie, śluz i krew w stolcach) występowały niekiedy z taką siłą, że w całokształcie obrazu klinicznego wysuwały się na plan pierwszy do tego stopnia, że wywoływały przypuszczenie, iż w danym wypadku nastąpić musiało połączenie jamy roponercza ze światłem jelita grubego. Zabieg operacyjny oczywiście wyjaśnił istotę rzeczy, bezpodstawność takiego przypuszczenia oraz stwierdził, że

mieliśmy tu do czynienia tylko ze zjawiskiem odruchu nerkowo-jelitowego. Z chwilą usunięcia schorzałej nerki, znikły odrazu i więcej już się nie powtarzały zaburzenia ze strony jelita grubego.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 4 maja 1923 r.

Przewodniczył Bornsztajn.

Luxenburg. **Przypadek niedokrwistości złośliwej.**

44 l. kobieta, przybyła na oddział bardzo osłabiona; miała częste zawroty głowy, zupełny brak łaknienia. Stan swój chora wiąże z długotrwałemi (8—10 dni), obfitemi miesiączkami. Na bladych zielonkawo-żółto zabarwionych powłokach spostrzega się rozsiane punkcikowate i nieco większe wynaczynienia; śluzówki blade; krwawienie z nosa i dziąseł. Gruczoły szyjne nieco powiększone; płuca bez zmian; szmer kurczowy u koniuszka serca; 2-gi ton głuchy. T^0 37,2, tętno 92. Wątroba i śledzione niemacalne. Na dnie oczu promieniowate krwawe wybroczyny. Układ nerwowy i narządy rodne — normalne. W moczu — urobilina; w kale jaj pasorzytów nie stwierdza się. W krwi — erytrocyt. 900.000 — polichromatophilia, anisocytosis, nieliczne krążki jądrowe; leukocyt. 4800, z nich wielojądrz. 43%, często o rozdzielonych jądrach, limfocyt 36%, mononukl 8%, przejściow. 6%, myeloblast. 4%, eozynochłon. 1%. Płytek njezwykle mało. Hb. 25%; wskaźn. barw. 1.4. Odporność na płyny hypotoniczne wzmożona — min. 0,40. Czas krwawienia $18^3/_4$ min.; krzepnięcie 14 min. Objaw opaskowy (Rumpel-Leed) wybitny — po 1 min. występują już wybroczyny. L. sądzi, że powyższy obraz krwi przy wskaźn. barw. + 1, zmniejszonej liczbie białych ciałek, przewadze limfocytów i małej liczbie płytek, wskazuje na niedokrwistość złośliwą (essentialis), pozwalając jednocześnie wyłączyć sprawę szpikową lub krwiopochodną (blednica, leukanaemia, guzy szpiku, krwotoki), przebiegającą z niedokrwistością hypochromową. Objawy te zatym, łącznie ze swoistą bladością powłok, wybroczynami na siatkówce, urobilinurją obok ukrytej etiologji, przemawiają za rozpoznaniem niedokrwistości złośliwej typu Biermer'a. Podczas pobytu na oddziale stan chorej się pogarszał: liczba czerw. ciałek opadła do 500.000 przy wskaźniku 2; najbliższy perjod znów był bardzo obfity, chora z wyczerpania mdlała, a ponieważ nikt z rodziny, ani z bliższego otoczenia chorej, nie chciał zaofiarować krwi dla dokonania przetoczenia, zastosowa-

no w 3-im dniu perjodu drażniące dawki prom. R. na śledzionę; wynik był zdumiewający. Po 3-ch godzinach krwawienie z dziąseł ustało, po 6 godz. zmniejszył się upływ krwi z macicy, po 48 godz. zupełnie ustąpił. L. przypomina; że chorą zna od wielu lat, przyczym naogół przeważały u niej zazwyczaj objawy nerwowe. Perjody miała skąpe, libido sexualis słabo rozwinięte. Podejrzewając wówczas niedomogę wielogruczołową, L. zastosował podskórnie wyciąg nadnerczy i przysadki (astmolizynę), co dało bardzo pomyślne wyniki. I dlatego też na obecne krwawienie macicowe należałoby się zapatrywać z punktu widzenia związku przyczynowego niedkrwistości złośliwej z niedomogą wielogruczołową. Wiadomo nprz., jaki mają wpływ jajniki na przemianę wapnia i jaka jest rola tego ostatniego w krzepliwości krwi; osteomalacja łączy się patogenetycznie z dysfunkcją przysadki, tarczycy i nadnerczy, hyperfunkcja zaś nadnerczy, jak tego dowodzą prace Stephan'a (Münchn. med. Wachschr. 1922), sprowadza hypofunkcję śledziony. W danym wypadku drażnienie śledziony prom. R. mogło sprowadzić koncentrację trombiny we krwi, ułatwić zatym i przyśpieszyć krzepliwość. Powyższe wywody osłabiają przypuszczenie wartości leczniczej splenektomji, stosowanej przez niektórych autorów w niedokrwistości Biermer'a. Zresztą już sam fakt, że w wielu przypadkach usunięcie śledziony pozostało bez wpływu albo nawet dało pogorszenie, potwierdza jedynie przypuszczenie, że cytoliza odbywa się nie tylko w śledzionie, lecz i we krwi, w wątrobie (komórki Kupfer'a) i t. d.

W dyskusji Klejn kwestjonuje rozpoznanie Luxenburga, gdyż obraz krwi nie przedstawia wielu charakterystycznych cech dla typowej anemji złośliwej. Brak mianowicie poważniejszej liczby krwinek zniekształconych (poikilocytosis); obok krwinek drobnych nie spostrzegamy megaloblastów (anisocytosis); również mało jest w preparacie krwinek jadrzastych, taki obraz haematologiczny mógłby conajwyżej odpowiadać postaci aplastycznej niedokrwistości złośliwej. Co się tyczy leczenia skaz krwotocznych prom. R., to nie zawsze, w myśl pracy Stephan'a, uzyskujemy dobre wyniki. Organoterapja służy przeważnie na krótką metę, choć zwiększa krzepliwość, natomiast bardziej wskazane jest przetoczenie krwi, zarówno jak długotrwałe stosowanie preparatów arszenikowych.

Lichtenberg zwraca uwagą na potrzebę wykrycia czynnika etjologicznego w danym przypadku. Stwierdzenie nieobecności jaj pasorzytów jelitowych nie jest wystarczające, a obraz krwi *Anaemiae perniciosae* spostrzegamy również i przy obfitych krwiawieniach w przewlekłych chorobach zakaźnych (t. b. c., malaria chronica, typhus recidivans), po zatruciach, w zapaleniu przewlekłym nerek, cukrzycy, skrobiawicy, niedomodze wątroby, charłactwie nowotworowym i t. d. Niedokrwistość złośliwa nie jest więc jednostką nozologiczną, lecz zespołem wtornym po działaniu różnorodnych wpływów ujemnych na układ krwiotwórczy.

Według koncepcji Hornowskiego, wypowiedzlanej w r. b. w T-wie Biologicz., proces haemolityczny może się odbywać: 1. w szpiku kostnym, 2. w wątrobie — komórki Kupfer'a-Browicza, 3. w śledzionie, gdzie oprócz komórek siateczkowo - śródbłonkowej Hornowski stwierdził w przypadkach niedokrwistości złośliwej również specjalne duże komórki, niszczące erytrocyty. Komórki te właśnie, jako niestałe składniki śledziony, a priori sądząc, winny łatwo ulegać niszczącemu działaniu prom. R. —Okoliczność ta zdaniem Licht. może stanowić uzasadnienie teoretyczne dla wytłómaczenia dodatniego działania naświetlania śledziony prom. R. w niektórych przypadkach niedokrwistości złośliwej. Poncz wymienia jeszcze jako czynnik etjologiczny niedokrwistości złosliwej, kilaki szpiku kostnego, wtedy i leczenie swoiste daje dobre wyniki. Głos zabierają jeszcze w dyskusji Rubinrot i Spielman, w końcu Grynkraut uzasadnia sposób działania pr. R. na układ krwiotwórczy przy naświetlaniu śledziony i podaje niektóre wskazówki o technice tego zabiegu.

Luxenburg. **Przypadek limfadenozy.**

$2^1/_2$ letnia dziewczynka przybyła na oddział w stanie znacznego osłabienia. Przed 6 mies. krztusiec, a następnie odra. Dziedzicznie nie obciążona. St. ob. Płuca i serce — norm. W górnej lewej $^1/_2$ dużego brzuszka liczne nieprzesuwalne, twarde niewielkie guzy powiększone gruczoły chłonne jamy otrzewnej. Brzeg wątroby o dwa palce poniżej łuku żebrowego; śledziona powiększona. Odruchy, dno oka — norm. Pirquet. Wasserman—.

W krwi: erytrocytów 2.670.000 — nieznaczna anizocytoza, poikilocytoza i polichromja, jądrowe rzadkie, odporność normalna. Leukocyt. 12000 — wielojądrzastych 51%, limfocytów 30% (przeważnie postaci Rieder'a), eozynochłon 6%, monocytów 2%, myelocytów 4%; Hb. 35; wskaźnik 0,65.

Powyższy obraz krwi wyłącza złośliwą postać niedokrwistości oraz białaczkę, mianowicie limfatyczną, natomiast należy przypuścić, że mamy do czynienia z odmianą białaczki rzekomej, której znamy cały szereg postaci.

Przeciw *Anaemia pseudoleukemica infantum* (Jaksch) przemawia w danym przypadku eozynofilja, nieznaczna ilość postaci szpikowych, zwłaszcza krwinek jądrowych; z grupy pseudoleukemji o typie ziarniniaków, postać Hodkins'a (Granuloma malignum) bywa rzadką u dzieci, ma przebieg złośliwy, w krwi zaś występuje limfopenja i bardzo wysoka eozynofilja (do 30%). Ponadto nie mamy w danym przypadku zajęcia gruczołów szyjnych, nadobojczykowych, brak też zmian skórnych. W *granulomatosis* kiłowej mielibyśmy obraz niedokrwistości zwykłej z dodatnim odczynem Wassermana, powiększeniem gruczołów szyjnych, łokciowych, a przy ziarniniakach gruźliczych byłaby raczej leukopenja, objawy jelitowe, Pirquet dodatni i t. d.

Pozostaje zatym, jako najprawdopodobniejsze, rozpoznanie limfadenozy aleukemicznej, t. j. postaci białaczki rzekomej, w której bywa zajęty cały układ chłonny lub część tegoż, śledziona powiększona, a obok niedokrwistości normalna lub nieco zwiększona liczba leukocytów z limfocytozą. Postaci przejściowe—do niedokrwistości pseudoleukemicznej Jaksch'a lub do gruźlicy—są tu rozumie się możliwe.

W wyniku leczenia w danym przypadku należy się również dopatrywać uzasadnienia dla takiego rozpoznania. Obok terapji arszenikowej zastosowano z korzyścią naświetlanie promieniami R., co zmniejszyło liczbę leukocytów do 7000 (gruźlica zwykle słabo reaguje, granuloma Hodgkins'a — wcale), a stan ogólny dziecka się poprawia.

W dyskusji Klejn upatruje trudności rozpoznania danego przypadku w niezbyt charakterystycznym obrazie krwi, zarówno jak i w objawach klinicznych, nie odpowiadających ani leukemji ani gruźlicy. K. byłby raczej skłonny myśleć o *lymphogranulomatosis*. W każdym bądź razie Kl. zaleca czynić poszukiwania utajonego guza złośliwego, który mógł dać tu przerzuty do gruczołów chłonnych jamy otrzewnej, tak znacznie właśnie w danym wypadku powiększonych.

G. Bychowski. **Przypadek psychozy o wątpliwym rozpoznaniu.**

Chory, lat 29, z zawodu kupiec, z zamiłowania (i poniekąd z wykształcenia) śpiewak. W wywiadach — kiła przed 10 laty, starannie leczona, jak wynika z udzielonych przez chorego dokładnych danych. Psychoza wybuchła w związku z chorobą zakaźną o niewiadomej etiologji, która w formie niewielkiej epidemji, bo obejmującej około 15 przypadków, zjawiła się nagle w mieście rodzinnym chorego, w Ostrogu na Wołyniu. Charakterystyczne cechy zakażenia stanowiły: obrzęk powiek, pewien niepokój ruchowy, podwyższona ciepłota i wreszcie wybitne objawy ze strony przewodu pokarmowego: gwałtowne rozwolnienie. Pozatym pod względem psychicznym chory zdradzał odrazu silne podniecenie, nieustannie chodził i mówił. Zaczęło się też niebawem bredzenie, przyczym wypowiadał urojenia wielkościowe. Na oddziale, w Szpitalu na Czystem, chory na pierwszy rzut oka przedstawiał klasyczny obraz podniecenia, jak w porażeniu postępującym, wypowiadał najniedorzeczniejsze urojenia, operował tryljonami, był Napoleonem i Mikołajem II-gim, miał swój sztab generalny w Bristolu, z którym rozmawiał za pomocą radio i t. p. Zastanawiała jednak dokładność, z jaką powtarzał stale te same dane liczbowe, charakteryzując niektóre ze swoich urojeń (np. liczbę członków sztabu generalnego) oraz uporczywość, z jaką, podczas wielokrotnych badań, wykazywał te same rachunki, w ten sam nierozsądny i fałszywy sposób. Przytym w pewnych chwilach można było spostrzec pewną buffonadę, pewien zlekka

żartobliwy stosunek do własnych urojeń, które jednak po chwili były brane najpoważniej w świecie. Mówiąc o tych niezwykłych psychicznych objawach, należy podkreślić, że pod względem neurologicznym chory poza lekką asymetrją twarzy w dziedzinie, unerwianej przez nerw twarzowy, żadnych odchyleń od normy nie przedstawiał, oraz że odczyn Wassermana we krwi i płynie mózgordzeniowym jest ujemny, płyn mózgowo-rdzeniowy pozatym również żadnych patologicznych znamion nie wykazuje. Jeżeli dodamy do tego, że chory, (który jest obecnie w okresie zdrowienia), koryguje wszystkie swe urojenia, pamięta je najdokładniej, tak samo jak najdokładniej pamięta przebieg choroby i przyczym zdaje sobie sprawę z psychologicznej determinacji niektórych urojeń, to należy przyjść do wniosku, że mamy tu do czynienia z przypadkiem psychozy infekcyjnej, który tylko łudząco przypominał porażenie postępujące. (Dane, zebrane już po wypisaniu chorego, potwierdzają przypuszczenie, że patologiczne podłoże ustrojowe było tu niewątpliwie ważnym czynnikiem przy wytworzeniu się psychozy). W piśmiennictwie przypadki takie są niezbyt częste, ale jednak notowane (Bleuler Bonhoeffer).

W dyskusji Wizel zaznacza, że aczkolwiek w obrazie klinicznym psychicznych zachorzeń pozakaźnych mogą istotnie być objawy, zbliżone do spostrzeganych w poraż. postępującym, nie, można tu jednak już bez zastrzeżeń odrzucać rozpoznania *paral. progr.* Niektóre urojenia wielkościowe jeszcze trwają. Brak objawów neurologicznych (zwł. zaburzeń źrenicz.) nie przemawia jeszcze bynajmniej przeciwko *paral. progres.*, którego remisję być może właśnie obecnie spostrzegamy. Bumke podał 3 przypadki *paral. progres.* bez któregokolwiek z 4-ch zasadniczych odczynów w płynie mózgowo-rdzeniowym. Bornsztajn również sądzi, że rozpoznanie *paral. progres* nie należy uzależniać od konieczności istnienia objawów odpowiednich nerwowych i serologicznych. A co do postaci choroby w danym przypadku, to jednak nie jest dalekie przypuszczenie, że to schizofrenja w rozwoju wczesnym, dla której wybuchu zakażenie było tu impulsem sprzyjającym. Flatau zaleca ostrożność przy rozpoznawaniu poraż. postępującego bez zmian nerwowych, wzgl. serologicznych. Co do rozpoznania w danym wypadku, to Fl. sądzi, że trzeba przedłużyć niewątpliwie jeszcze obserwację, a skłania się w danym momencie raczej do zdania prelegenta. Hermanowi niektóre objawy wydają się wyrazem rozdwojenia osobowości, to też sądzi, że należałoby w danym przypadku pomyśleć i o psychozie histerycznej.—Wizel motywuje obszernie niesłuszność takiego przypuszczenia. Lichtenberg pyta, czy robiono jakie usiłowania w celu wykrycia przyczyny choroby, wzgl. trychinozy. Bychowski w odpowiedzi podkreśla brak zupełny danych dla twierdzenia tu o rozdwojeniu osobowości, a trudno też tu mówić o poronnej postaci poraż. postępującego. Najprawdopodobniej chory jest w okresie zdrowienia po psychozie pozakaźnej.

Sprawozdanie posiedzenia dn. 25 maja 1923 r.

Przewodniczył Bregman.

Frank i Stabholz. **W sprawie wrzodu trawiennego jelita czczego** (patrz art. orygin. Kwartaln. Klinicz. T. II, Z. III, str. 145).

Poncz. **W sprawie reakcji urochromogenowej Weissa** (patrz artykuł orygin. Kwartalnik Kliniczny. Tom II, Zesz. III, str. 162).

W dyskusji Spielman dodaje, że urchromogen jest elementem tych ciał,których ujawnienie wskazuje na zużycie się organizmu,wzgl. wnętrzny rozpad białka komórkowego. W gruźlicy odcz. 2-azowy, wzgl. urochromogenowy, posiada doniosłą wartość diagnostyczną dla rozpoznania i rokowania. W gruźlicy postaci marskości płuc, ilość urochromogenu w moczu jest większa od normalnej, w wysiękowej zaś znacznie podwyższona, o czym należy pamiętać przy rokowaniu i terapji. Wskaźnikiem zwiększonego rozpadu tkankowego jest również ilość siarki obojętnej w moczu.

Normalna dobowa ilość urochromogenu — 0,06 — wskazuje na pewien prawidłowy rozpad tkankowy w granicach fizjologicznych, o ile równowaga zostaje zachowana przez odpowiednie odżywianie. Gdy dobowa wartość wydzielanego urochromogenu przekracza prawidłową liczbę,—a niekiedy bywa 10-krotnie powiększona— wówczas zaburzenia równowagi wyrównać się już nie dają.

Następnie Szour zaznacza, że w każdym moczu jest pewna ilość urochromogenu, który pod wpływem utlenienia przez nadmanganian potasu przechodzi w żółty urochromogen (zabarwienie żółte, mocne, kanarkowe). Ale odczyn Weiss'a, o tak silnym zabarwieniu charakterystycznym, występuje nie w każdym moczu, a wogóle dość rzadko. Wbrew temu, co twierdził Poncz, że przez nadmiar dodanych kropli kal. hyperm., można sztucznie wywołać odczyn Weiss'a, Szour twierdzi, że przeciwnie w warunkach takich mocz badany ciemnieje i traci odcień charakterystyczny zabarwienia kanarkowego. Stosunek odczynu Weiss'a do dwuazo-odczynu nie jest jeszcze ustalony. Sprawę tę omawia Weiss w M. m. W (№ 13, 1923). Substancje, warunkujące odczyn Weiss'a, Erlich'a, są związkami pochodnemi, pokrewnemi acz nieco odmiennemi. W warunkach patologicznych może jeden przekształcić się w drugi. W związku z poglądem takim jedni sądzą, że odczyn Weiss'a występuje, gdy mają miejsce ilościowe zmiany urochromogenn w moczu, a odczyn Erlich'a— gdy jakościowe. Do modyfikacji odczynu Weiss'a należy jeszcze odczyn Russo (na skutek czysto fizycznego działania błękitu metylenowego na nadmiar żółtego urochromu) i odczyn Wiener'a, który uważany był (i poniekąd jest jeszcze) za znamienny dla duru plamistego, a jest połączeniem odczynów Weiss'a i Russo.

Omówiwszy szczegóły wykonywania i istotę tych odczynów, Sz. podkreśla ich prawdopodobny fizyczny a nie chemiczny charakter, co wymagałoby jeszcze jednak szczegółowych badań. Odczyn Weiss'a występować może przy wszelkim rozpadzie białka komórkowego, szcz. zaś w przypadkach zatrucia krwi. —Sz. sądzi, że myśl o wzrastaniu ilościu rochromogenu w moczu, gdy istnieje utrudniony dostęp powietrza do płuc, a przez to jakoby wybitne znaczenie odczynu dla rokowania w gruźlicy, niema podstaw naukowych. Aczkolwiek wykonanie odczynu Weiss'a jest bardzo proste, to jednak nie może on zastąpić tak cennych dla kliniki odczynów Erlich'a i Wiener'a.

Poncz w odpowiedzi zaznacza, że w moczach prawidłowych urochromogenu nie wykazano. Odczyny Wiener'a i Russo nie posiadają jednak dla rokowania i rozpoznania większego znaczenia od odczynu Weiss'a, a sa bardziej skomplikowane. Odczyn Weiss'a nie jest odczynem fizycznym, lecz chemicznym, zabarwienie w tej reakcji zależy od oddziaływania $KMnO_4$ na czynne grupy hydroksylowe, wchodzące w skład urochromogenu. Odczyn Weiss'a występuje w niektórych chorobach piersiowych już wtedy, gdy w przebiegu nie doszło jeszcze do większego rozpadu białka ustrojowego, jest on czulszy od reakcji dwuazo Erlicha i dlatego też niezależnie od niego może występować.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 8 i 15 czerwca 1923 r.

Przewodniczył Flatau.

Markusfeld. **Dwa przypadki złośliwego przymiotu.**

1-o R. E., 26 l., technik. W drugiej połowie kwietnia r. ub. zauważył nad spojeniem łonowym rankę, a po tygodniu większe ranki w rowku pozażołędnym. Na początku maja silny ból gardła, uniemożliwiający przyjmowanie pokarmów. W tym samym czasie zaczął gorączkować; po tygodniu wystąpiły na głowie krosty, od połowy maja krosty miał na ciele. Pochodzi z rodziny zdrowej, dotychczas nigdy nie chorował. W ciągu ostatnich kilku lat dość często nadużywał alkoholu. St. ob. Na skórze tylnej powierzchni obu przedramion, na plecach, prawej łopatce, pośladkach, goleniach, między palcami lewej stopy i na owłosionej części głowy, widać rozrzucone strupy, wielkości orzecha laskowego i nieco większe, otoczone czerwoną zapalną, nacieczoną obwódką; stanowią je dachówkowato ułożone warstwy. Po zdjęciu strupów ukazuje się owrzodzenie, pokryte jakby sadłowatą ziarniną. Na skórze *radicis penis* świeża barwikowa blizna, wielkości dawnej srebrnej 10 groszówki, ponadto część powierzchni wewnętrznej strony napletka pokryta jest ziarniną. Gruczoły chłonne nie powiększone. W jamie ustnej, na tylnej ścianie gardzieli i na obydwu łukach przednich— owrzodzenia, jakby wydłutowane, z dnem sadłowym, nie ścierającym się. Prawe kolano obrzęknięte, bolesne; ruchy utrudnione. Gorącz-

kuje. W płucach objawy zgęszczenia i stwardnienia szczytów, inne narządy wewnętrzne bez zmian. W moczu ślady białka. Odczyn Wassermana silnie dodatni.

2-o 24-letnia nauczycielka, dostała 18.IV.23 bólu na mostku. Zwróciła się do lekarza, który zastosował bez skutku leczenie światłem fioletowym. W końcu kwietnia spostrzegła niebolesne powiększenie gruczołów pachwinowych. Na miejscach rodnych nie zauważyła ranek ani wysypki na ciele. Gdy wkrótce potym wystąpił ból głowy i gorączka, zwróciła się do innego lekarza, z polecenia którego zbadano krew na odczyn Wassermana (z wynikiem dodatnim). W połowie maja r. ub. poczuła silny ból gardła, w końcu tegoż miesiąca dostała krostek na całym ciele. Matka zdrowa, ojciec cierpi na bezwład postępujący. St. ob. Na skórze, przeważnie na wewnętrznych powierzchniach bioder, na plecach, pośladkach, szyi, twarzy, na owłosionej części głowy i na wewnętrznej powierzchni górnej lewej kończyny, znajdujemy rozrzucone krosty (*pustulae*), dochodzące do wielkości grochu szablastego, ze strupem lub zagłębieniem pośrodku, z zapalną obwódką dookoła. Gruczoły chłonne pachwinowe powiększone, twarde, niebolesne. Na mostku, wzdłuż lewego i prawego obojczyka nieliczne, bolesne miejsca nacieczone.

W jamie ustnej, w górnej części prawego migdałka i na tylnej ścianie gardzieli, owrzodzenia, pokryte nie ścierającym się sadłowatym nalotem. Gorączkuje. *Tbc. pulmon. sin. Adenopathia peribronchialis*. Pozostałe narządy wewnętrzne, dno oka bez zmian.

Obydwa te przypadki przedstawiają dużą analogję: we wczesnych okresach przymiotu, jako pierwszy objaw ze strony skóry, występują rozrzucone wrzodziejące wykwity, tak samo pojawia się rozpad nacieczeń przymiotowych w gardzieli, ciepłota jest podwyższona i t. d. Mając na względzie ich przebieg, który się tak znacznie różni od zwykłego, należy je zaliczyć do przymiotu złośliwego, uwarunkowanego brakiem wytworzenią się w organizmie przeciwciał, a zatym dostatecznej obrony. Przyczynia się do zjawiska przejawienia tej anergji w młodych zdrowych organizmach najprawdopodobniej w pierwszym rzędzie gruźlica i nadużycia alkoholowe. Rokowanie jest dobre; pomimo podwyższonej ciepłoty zastosowano umiarkowane leczenie swoiste z najlepszym, jak dotychczas, wynikiem.

W dyskusji Sterling Wacł. wyraża pogląd, że nie należy w objawach danych przypadków dopatrywać się kiły złośliwej. Pozatym w *lues maligna*, z powodu niewytwarzania się przeciwciał w zakażonym organizmie, odczyn Wassermana winien raczej być ujemny; tu zaś—w obydwu przypadkach—jest wybitnie dodatni. Rosenberg byłby skłonny kwalifikować do kategorji przymiotu złośliwego pokazane przypadki, gdyby tu były wcześnie wystąpiły objawy kilakowe i nerwowe, czego tu brak.

Z. Bychowski zapytuje, czy w przyp. 2-im niema czasem

związku między chorobą ojca *(paralysis progressiva)* a cierpieniem córki.

M e r e n l e n d e r przypomina podział złośliwego przymiotu (według Hecht'a) na 4 odmiany: a) *syphilis gallopans*, b) *syphilis praecox*, c) *syphilis gravis*, d) *uporczywe przypadki przymiotu*. W przyp. 1-ym mamy bez zaprzeczenia do czynienia z przymiotem złośliwym, jeżeli zważymy, że chory długo gorączkuje (normalnie bywa lekka i krótkotrwała gorączka przy wystąpieniu pierwszej osutki kiłowej i to tylko w 20% przyp.), że mamy jednocześnie ze zmianą pierwotną na prąciu, trzeciorzędne owrzodzenia na skórze, migdałkach, zmiany w stawie kolanowym.

Według klasyfikacji Hecht'a mielibyśmy więc do czynienia z *syph. maligna praecox*. Co się tyczy przyp. 2-o, w którym objawy szybko reagują na leczenie, M. wypowiada się również przeciw zaliczeniu go do postaci złośliwych.

Wreszcie K l e j n zwraca uwagę na stan płuc chorej w przyp. 2-im. Zaleca przeprowadzić szczegółowe badania na gruźlicę, jednocześnie wyłączyć kiłę płuc. W odpowiedzi M a r k u s f e l d zaznacza, że ojciec chorej w przyp. 2-im cierpi od niedawna na bezwład postępujący, o dziedziczności, wobec świeżych objawów niedawnego zakażenia, mowy więc być nie może. Z ogłoszonych przypadków przymiotu złośliwego wnioskować należy, że układ nerwowy zazwyczaj udziału w nich nie bierze, co się zaś tyczy owrzodzeń w przyp. 1-ym, to je uważa za rozpadowe kilaki. Dalej M. omawia istotę odczynu Wassermana, w odróżnieniu od odczynu Pirquet'a, podkreślając z naciskiem, że Wasserman dodatni nie dowodzi obecności w organiźmie przeciwciał przymiotowych tak samo, jak ujemny nie dowodzi ich braku. Przypadki tu przedstawione stanowią *lues maligna*, a nie *gravis*, gdyż ani ważne ośrodki nie są zajęte, niema również i nawrotów, nie poddających się leczeniu. Mamy tu jedynie do czynienia z brakiem energji, obrony organizmu do zwalczenia schorzenia, ze zjawiskiem nietworzenia się przeciwciał, co powoduje doszczętny rozpad przymiotowego nacieczenia w świeżym kilkutygodniowym zakażeniu.

M. G e l b a u m. **Przypadek nowotworu opłucny.** (Z oddz. wewnętrznego; ord. doc. St. Klejn).

G. 50 l., żonaty, dzietny, przybył 28.IV. 1923, ze skargami na bóle — kłucie w bokach, szczególnie w prawym, jak również w okolicy lędźwiowej; wskutek duszności czuł się najlepiej w pozycji siedzącej. Od 4 tygodni, z powodu właśnie tej duszności i osłabienia, pozostaje w łóżku. 3 miesiące temu poraz pierwszy zauważył w plwocinie krew. Krwioplucie to trwało kilka dni i ustało zupełnie, poczym do ostatniego czasu czuł się zupełnie dobrze. Przed laty jakaś choroba żołądka z wymiotami. Od dłuższego czasu jednak objawy te już ustały.

St. ob. Nieco wychudły, lecz nieanemiczny, o wyglądzie

niezłym. T. 36,6^0. Gruczoły pachwinowe powiększone, dość twarde. Płuca. Stłumienie zupełne odgłosu opukowego na przestrzeni całego płuca prawego; znaczne przytłumienie odgłosu opukowego nad lewym szczytem. Osłabienie oddechu z prawej strony, z lewej wydech znacznie zaostrzony, prawie oskrzelowy. Tony serca czyste. Pod prawym łukiem żebrowym wyczuwa się pewien opór, w miejscu tym odgłos opukowy stłumiony. Brzegu wątroby, śledziony się nie wyczuwa. W osadzie moczu tylko pojedyńcze leukocyty, erytrocyty, komórki nabłonka płaskiego, śluz, pozatym mocz wogóle bez zmian.

29.IV.23 wydobyto z prawej jamy opłucnej 10 ctm.^{3} płynu surowiczo-krwawego o ciężarze 1012. W osadzie znaleziono czerwone i białe ciałka krwi, ogromną liczbę wielkich okrągłych komórek śródbłonkowych, przeważnie tłuszczowo zwyrodniałych. W plwocinie łąseczniki gruźlicze. Nazajutrz wypuszczono przeszło 1 litr płynu surowiczo-krwawego z prawej jamy opłucnej.

8.V.23. Z prawej strony: odgłos opukowy bębenkowy nad szczytem, sięgający do połowy łopatki; poniżej, na przestrzeni całego płuca, stłumienie odgłosu opukowego; wysłuchowo oddech nieco osłabiony. Z lewej strony: stłumienie odgłosu opukowego nad szczytem. Wydech prawie oskrzelowy, na całej przestrzeni lewego płuca słychać drobne rzężenia.

16.IV.23 wypuszczono z prawej jamy opłucny po raz trzeci przeszło 1 litr płynu surowiczo-krwawego o tym samym charakterze, co i poprzednio. Podczas nakłuwania opłucnej wyczuć można było, że przezwyciężyć trzeba znacznie wzmożony opór, aby przebić igłą tkankę. Prześwietlenie, nazajutrz wykonane, wykazało płyn w prawej jamie opłucnej.

22.IV.23 chory zmarł. Okazało się, że w lewym płucu były znaczne zmiany gruźlicze, a płuco prawe przyrośnięte było do śródpiersia i miało ciastowatą konsystencję; w szczycie jego wykryto gruźlicze zmiany. Opłucna ścienna była zgrubiała, obficie pokryta małemi guzami, w wielu miejscach występującemi nad powierzchnię o $^1/_2$ ctm. Guzy te ścisłe, o jasno żółtej barwie, od tkanki otaczającej odcinały się wyraźnie.

W innych organach żadnych zmian nawotworowych nie znaleziono.

Badanie mikroskopowe nowotworu wykazało, że to *Endothelioma lymphangiectaticum.*

Przechodząc do omówienia powyższego przypadku, należy podkreślić, że przez cały czas pobytu chorego na oddziale istotnie przypuszczano, że prócz gruźlicy ma się w danym wypadku do czynienia z nowotworem opłucny, choć jak wiadomo, rozpoznanie różniczkowe nowotworu opłucnej a gruźlicy płuc nasuwa bardzo wiele trudności.

W danym razie była pewność, że ma się do czynienia z gruźlicą płuc, ale też były i pewne dane, aby przypuścić współistnienie nowotworu. Przypuszczenie co do nowotworu nabierało szczególnie

na pewności, dzięki przebiegowi klinicznemu choroby. Przez cały czas nie stwierdzono ciepłoty ponad 36,6. Chory istotnie wychudł i osłabł, a jednak nie robił wrażenia dogorywającego suchotnika.

Krwawe wysięki w jamie opłucnej zdarzają się w przebiegu wielu chorób. Podług francuskich autorów prawie zawsze przyczyną jest gruźlica. Jeżeli odrzucić t. zw. *Pachypleurite hemorrhagique* lub inaczej *Hematome pleural* franc. autorów, to pozostaje różniczkować między gruźlicą płuc lub opłucnej, a nowotworem płuc i opłucny.

Gruźlicę płuc tu stwierdzono i to bez najmniejszej wątpliwości. Ale wobec braku gorączki, obfitej plwociny, a wogóle ciężkich procesów rozkładowych w płucach, trudno było przypuścić, aby wysięk tu spowodowała była gruźlica. Zresztą w gruźlicy wysięki takie, jak w naszym przypadku, mają skłonność do zaniku już po pierwszym wypuszczeniu płynu z opłucnej. W danym przypadku natomiast, w bardzo szybkim czasie, płyn nanowo się gromadził. Z drugiej zaś strony przeciwko nowotworowi płuca przemawiało:

1) zabarwienie plwociny, które według niektórych autorów powinno być malinowe, a które zresztą, jak wskazuje statystyka, w większości wypadków nie jest jednak takie; a następnie:

2) brak elementów rakowatych w plwocinie, co jest jedynie miarodajnym dowodem dla rozpoznania nowotworu płuc.—Wobec wielkiej ilości płynu w jamie opłucnej prześwietlanie nie mogło wiele pomóc przy rozpoznawaniu różniczkowym.

Pozostało więc przypuszczenie, że mamy do czynienia z nowotworem opłucnej; przemawiał za tym obraz drobnowidowy osadu w wysięku. Aczkolwiek we wszystkich prawie płynach wysiękowo-przesiękowych znajdujemy komórki śródbłonkowe, lecz tak ogromna ich ilość, znaczne tłuszczowe zwyrodnienie ich i rozmaita wielkość stanowczo były zastanawiające. Nie zawsze bowiem mają słuszność Matthes i inni autorzy, gdy twierdzą, że na zasadzie formy komórek śródbłonkowych, wykrytych w osadzie przesięków, nie należy stawiać rozpoznania, gdyż komórki przyjmować mogą najrozmaitsze formy i postać. Jak wykazał obraz mikroskopowy preparatu nowotworu, widać tam było komórki podobne do znalezionych w osadzie wysięku.

Przypuszczenie, że ma się w danym wypadku do czynienia z nowotworem opłucnej, sprawdziło się też podczas wypuszczania choremu płynu surowiczo-krwawego; igłą, którą przebijano opłucną, natrafiono, drążąc dalej, na tkankę o większej rezystencji i o znacznej grubości. Wprawdzie tkanka ta mogła być otoczką po *Pachypleuritis*, ale cierpienie to wyłączyć można było odrazu; zrosty i zgrubienia innego pochodzenia nie dają takiego uczucia.

Streszczając powyższe uwagi, przychodzimy do wniosków następujących:

1) że najważniejszym czynnikiem przy stawianiu rozpoznania jest jednak przebieg kliniczny choroby;

2) że badanie osadu z przesięku może niekiedy dać bardzo ważne dane dla postawienia, rozpoznania wreszcie;

3) że próba Bard'a w podobnych wypadkach nie zawsze jest dodatnia;

4) że objawy gruźlicy w podobnych wypadkach mogą maskować objawy nowotworu opłucnej.

W dyskusji Spielman omawia trudności ropoznawcze, gdy rak i gruźlica mają swe umiejscowienie w samym płucu (wzgl. w opłucnej, niekiedy nawet w tym samym zrazie. Jak wiadomo z piśmiennictwa tego przedmiotu, z liczby 42 przyp. gruźlicy płuc i raka jednocześnie u mężczyzn, w 10-ciu obie te sprawy mieściły się w tym samym płucu, z tego w siedmiu w tym samym zrazie. Stockes szczególnie podkreśla trudności rozpoznania różniczkowego, gdy nowotwór tkwi głęboko w oskrzelach i wywołuje zmiany anatomiczne w sąsiednich narządach. W przebiegu raka płuc, a tymbardziej gdy współistnieje gruźlica, mogą być znaczne wahania ciepłoty, znaczne podnoszenie się temperatury, na skutek spraw rozpadowych, zapalnych, w guzie, wydzielania ciał swoistych, powodujących rozpad białka i czerw. ciałek w ustroju, rozwodnienie krwi, demineralizację ustroju i zjawienie się w moczu szeregu ciał jadowitych; łącznie wszystko to wpływa na niezwykłą różnorodność przebiegu klinicznego, gdy w płucach współistnieje nowotwór i gruźlica.

Grynkraut. **Dwa przypadki wrodzonego zniekształcenia ręki.**

I. Istnienie kości nasadowej bliższej (*proximalis)* w II, III, IV, i V kości śródręcza zostało niedawno dopiero stwierdzone. Przyczyną tego jest zrośnięcie się tej kości z trzonem w pierwszych miesiącach życia płodowego. We wszystkich przypadkach, w których to zjawisko zostało zaobserwowane, można było znaleźć przyczynę tego niedorozwoju: mongolizm, obrzęk śluzowaty (*myxoedema*). W danym przypadku przyczyny takiej doszukać się nie można było (prof. Michałowicz).

Dziecko, mając lat 3, zaczęło się uskarżać na ból ustawiczny w stawie nadgarstkowym lewym; ból się tu umiejscowił w *pars proximalis* II kości śródręcza. W tym miejscu roentgenogram wskazywał istnienie częściowego oderwania kości nasadowej. Chirurg orzekał o złamaniu. Bolesność trwała kilka dni, poczym boleć zaczęła i ręka prawa; umiejscowienie tego bólu było symetryczne do poprzedniego, a roentgenogram wskazywał identyczne rzekome złamanie II-ej kości śródręcza. Badanie innych kości zmian nie wykazało. Od roku bolesność ustała, roentgenogram natomiast w dalszym ciągu wskazywał istnienie niezrośnięcia się symetrycznego wyżej wymienionych kości nasadowych. Wywiady, brak gorączki, obrzęku, zaczerwienienia i przebieg choroby pozwala nam wyłączyć sprawy ostre lub przewlekłe, jak również i złamanie obustronne.

II. Rzadki przypadek istnienia w lewej ręce kości poprzecznej, łączącej się z II i III-ą kością śródręcza, tworząc z niemi trójkąt, jak również z dwoma palcami. Każdy z tych palców posiada

tylko dwa członki palców II-i i III-i. brak więc I-ego członka obydwu palcom. Możliwie, że ta kość poprzeczna wytworzyła się przez zespolenie brakujących członków tymbardziej, że posiada ona dwie kości nasadowe, niezrośnięte z trzonem. Pozatym— zrost palców— (*syndactylia* i *polydactylia*) 6 palców.

Chłopiec, którego zniekształconej ręki opis wyżej podano, ma lat 15, urodził się przedwcześnie, w krwi ma odczyn Wass. dodatni, jest upośledzony pod względem umysłowym i fizycznym.

Niezrośnięcie kości nasadowych jest tu tylko jednym z objawów ogólnego zahamowania rozwoju.

Szpilman-Neudingowa. **Przypadek zboczenia rozwojowego kręgosłupa.** (Z oddz. nerw. dr. Bregmana).

U 3 l. dziewczynki Wł. W. po urodzeniu spostrzeżono w okolicy lędźwiowej guz wielkości jaja, który się stopniowo powiększał. Guz ten operowano, gdy dziecko miało 8 mies.; od tego też czasu lewa stopa jest zniekształcona. Dziecko budowy wątłej, miernie odżywione, prócz wietrznej ospy żadnych chorób nie przechodziło. Umysłowo rozwinięta prawidłowo, na pytania odpowiada dobrze. Narządy wewnętrzne bez zmian. Na pośladku i w okolicy kości krzyżowej stwierdza się wygórowanie i bliznę pooperacyjną. Od miesiąca może powstać, lecz szuka oparcia, chwyta za otaczające przedmioty; prowadzona za rączkę stąpać potrafi. N. czaszkowe, dno oczu—norm. Ruchy i odruchy kkg. prawidłowe.

Kkd. podnosi *en masse* w zakresie ograniczonym. Ruchy stopy lewej oraz palców u niej zniesione, w prkd. ruchy te mają wymiar ograniczony. Położenie lewej stopy—w postaci *pes calcaneo-varus*, prawej—jak *pes cavus et valgus*. Odruchy kolan. ob. żywe, ze ścięgna Achillesa ob. — brak; podeszw. pr. niekiedy w słabym stopniu zaznaczony, lewego brak. Brzuszne ob. żywe. Czucie bólowe na kkd. osłabione. Niema odczynu zwyrodnienia w mięśniach i nerwach—gdy je badać na pobudliwość elektryczną. Roentgenogram wykazuje rozszczepienie łuków V kr. lędźw. i wszystkich krzyżowych, kość ogonową wybitnie zniekształconą, zwróconą ku tyłowi i w stronę lewą.

Wobec powyższych danych rozpoznać należy *Spina bifida*, co, jak już zaznaczono, było przedmiotem zabiegu chirurgicznego. Co się tyczy postępowania w takich przypadkach rozszczepienia kręgosłupa, to opinje są podzielone, jednakowoż przeważa zdanie, że można operować, gdy mamy do czynienia z przepukliną oponową *(meningocele)*, nie należy natomiast dokonywać zabiegu na przepuklinie rdzeniowooponowej *(myelomeningocystocele)*, gdyż nagłe i całkowite opróżnienie worka z płynu może spowodować zejście śmiertelne.

W tych ostatnich przypadkach zalecają raczej nakłucie, a następnie zastrzykiwania rozczynu Lugol'a. Dzieci, urodzone z przepukliną rdzeniowooponową, zazwyczaj nie pozostają długo przy życiu, rokowanie zaś po operacji, jak to w danym wypadku również wnio-

skować można, jest względne, skoro weźmiemy tu pod uwagę tak nieznaczną uzyskaną poprawę czynności ruchowej. Operować należy również b. ostrożnie, aby nie uszkodzić znajdujących się w worku, względnie jego ścianie, nerwów i korzeni, co może sprzyjać wytworzeniu z czasem, jak w danym wypadku, stopy piętowoszpotawej, aczkolwiek podobne zniekształcenia mogą być jedną z wad, towarzyszących kształtowaniu się *spinae bifidae* w jej rozwoju postępującym. Z pośród innych wad rozszczepienia kręgosłupa ma tu miejsce jeszcze niemożność utrzymania moczu i kału, nie stwierdza się natomiast wodogłowia, zaniku mm. kkd., objawów kurczowych i n. inn. Na szczególną uwagę w danym przypadku zasługuje również położenie kości ogonowej, zwróconej nie ku przodowi i na dół, lecz wybitnie ku tyłowi i na bok. W piśmiennictwie o podobnej nieprawidłowości wzmianek niema, a śród ogólnych anomalji kręgów spostrzegano albo zrost kręgów krzyżowych z ostatnim lędźwiowym, albo zniekształcenie ich, wreszcie i nadmierną liczbę kręgów.

W dyskusji Mesz udziela uzupełniających wyjaśnień, dotyczących obrazu rentgenologicznego i zastanawia się nad istotą zboczenia kości ogonowej w danym wypadku. Bregman — operację w przypadkach rozszczepienia kręgosłupa nie uważa za wskazaną. Rozpoznanie kliniczne między *meningocele* a *myelomeningocele* nie jest możliwe, brak zaś objawów porażenia rdzeniowego nie dowodzi bynajmniej, że rdzeń nie bierze udziału w zniekształceniu. Dlatego też twierdzenie, jakoby przepuklinę oponową należało operować, a wstrzymać się od zabiegu przy przepuklinie rdzeniowooponowej, praktycznie nie daje się urzeczywistnić. W danym przypadku operacją pozostała bez wyniku dodatniego. Rodzina dziecka twierdzi, że spowodowała zniekształcenie stopy, co istotnie jest możliwe (uszkodzenie korzeni, przebiegających w tylnej ścianie guza). Czynność ruchowa kkd. wykazuje tu pewną poprawę, natomiast pozostało zupełne nietrzymanie kału i moczu, co się tłómaczy zniszczeniem stożka końcowego rdzenia. Zboczenie kości ogonowej jest zjawiskiem rzadkim; występuje jako objaw współrzędny z rozszczepieniem kości krzyżowej.

U pokazanego dziecka zewnętrznie nie jest ono widoczne, w niektórych jednak przypadkach kość ogonowa wystaje, tworząc prawdziwy ogon. Zboczenie to spotyka się, podług Hyrtl'a, często u jednego szczepu na wyspach malajskich.

Goldstein. a) **Przypadek przeszczepienia worka przepuklinowego na miejsce pochewki ścięgna** — *Tendovaginitis t. b. c.*

E. G., chora od 1.XI, 1920 r., dostała obrzęku środkowego palca, który się stale zwiększał. Zginanie palca było ograniczone, wreszcie nastąpił zupełny brak ruchów.

5.I. 1923 r. dokonano operacji. Usunięto całą pochewkę chorą,

zrośniętą ze ścięgnem. W celu uniknięcia zrostów i ułatwienia ruchów ścięgno owinięto workiem przepuklinowym, wziętym u chorego innego — jednocześnie operowanego—i przymocowano kilkoma szwami. Przebieg pooperacyjny gładki. Wynik doskonały. Poruszanie palcem prawie normalne.

b) **Przypadek trzyczasowej operacji jelita.** *Ca. colonis descendentis. Occlusio intestinorum.*

R. G. 48 l., przybył na oddział 23. I. 1923 r. Od 6 dni brak wypróżnienia; wiatry rzadko tylko odchodzą. Dotychczas był zawsze zdrów.

St. obecny. Brzuch wzdęty; język suchy, obłożony; tętno 90—100; oddech przyśpieszony. Przy pomocy sondy Hegara wywołano wypróżnienie; zdawało się, że następuje poprawa. Po kilku dniach jednak znów było pogorszenie: — tętno 120, brzuch b. wzdęty, w prawym dole biodrowym duży walcowaty guz.

30.I.23 r. operacja. Ogromne wzdęcie poprzecznicy. Na pograniczu okrężnicy zstępującej i esicy — guz wielkości jaja. Jelito w mocnych zrostach z otaczającemi tkankami. Wobec ciężkiego stanu chorego nałożono odbyt nieprawidłowy w *colon transversum*. Chory stopniowo się poprawiał i po kilku tygodniach czuł się już względnie dobrze.

8.III.23 r. powtórna operacja. Cięcie po stronie lewej. Po uruchomieniu jelita usunięto guz wraz z dostępnemi gruczołami krezkowemi; końce zespolono, ranę częściowo wysączkowano. Przebieg pooperacyjny dobry, choć wydzielina obfita.

6.V.23 r. trzecia operacja. Sprawdzenie drożności miejsca zespolenia. Wycięcie sztucznego odbytu i połączenie obydwu odcinków poprzecznicy sposobem Schloffer'a.

W dyskusji Grynberg zaznacza, że można było tu uniknąć jednej operacji, wykonując za pierwszym razem zespolenie między poprzecznicą i esicą, a za drugim — rezekcję guza. G. jest również zdania, że przy rezekowaniu jelita grubego należy wykonywać zespolenie boczno-boczne *(side-to-side)* nie zaś końcowo-końcowe *(end-to-end)*, gdyż to ostatnie zespolenie, zwłaszcza na jelitach grubych, grozi zakażeniem linji szwów i utworzeniem przetoki kałowej.

c) **Przypadek kamicy pęcherzyka żółciowego po urazie postrzałowym.**

P. S. 29 l., postrzelony w okolicę wątroby w r. 1917 odłamkiem granatu, długo i ciężko chorował. W 1920 r. dur brzuszny. W przebiegu choroby utworzył się ropień na miejscu poprzedniej rany. Chorego operowano, rana goiła się b. wolno (przeszło 6 mies.). W r. 1922, wracając do kraju, dostał żółtaczki, która już nie ustąpiła. Do szpitala przybył 6.III.23 r. Na miejscu postrzału niewielkie wygórowanie, od którego ciągnie się pasmo łącznotkankowe do wątroby. Wątroba powiększona.

15.III.23 r. operacja. Wątroba w zrostach (*perihepatitis*). Przetoka prowadzi do pęcherzyka żółciowego, zrośniętego z żołądkiem i okrężnicą. Po oddzieleniu woreczka, wypełnionego kamieniami, natrafiono na bliznowate pasmo, krzyżujace *ductus choledochus* i uciskające nań. Przewód wspólny udało się sondować po usunięciu blizn, poczym zeszyto ranę, zostawiając na miejscu dren i sączki. W przebiegu pooperacyjnym wystąpił szereg ciężkich powikłań, a mianowicie ropne zapalenie oskrzeli i płuc, z głębi zaś rany pooperacyjnej dwukrotnie powtórzył się gwałtowny krwotok, który chorego b. wycieńczył. Jednakowoż po kilkutygodniowym leczeniu stan się polepszył i 21.V.23 r. chory opuścił oddział z zagojoną raną.

Rotstadt. **Przypadek 2-stronnego zwichnięcia stawów biodrowych i skostnienia mięśni w przebiegu wiądu rdzenia.**

W. lat 52, kawaler. Lues w 26-ym roku życia. Od 4-ch lat bóle błyskawiczne, przeważnie w k. k. dolnych oraz uczucie odrętwienia w stawach i dłoniach. Niebawem zjawiły się też bóle (omamy bolesne), opasujące klatkę piersiową. Leczył się mało, nieprawidłowo, z przerwami kilkuletnimi. Od 2-lat coraz większy bezład k. k. d. i stopniowe zniekształcenie postawy: wypięcie pośladków ku tyłowi, dolnej części kręgosłupa ku przodowi, skrócenie wzrostu, bez szczególnych objawów bólowych. $1^1/_2$ r. temu zupełne zwichnięcie lewego stawu biodrowego, poczym stopniowo i prawego. Niedomoga względna narządów wydalania i szereg charakterystycznych objawów wiądu rdzenia. Badanie za pomocą prom. R. (kol. Mesz) wykazało, że obustronnie główki i szyjki kości udowej (do linea intertrochanterica) są zupełnie wessane, na kościach udowych, przesuniętych (zwichniętych) ku górze, wytworzyły sie stawy rzekome w złączeniu z tworami kostnemi, które narosły w mięśniach, otaczających stawy biodrowe (rzekome panewki). Pozatym widać oddzielne smugi zwapniałe w mięśniach, otaczających kości udowe wokół stawów biodrowych; stare panewki zarośnięte przez twory kostne; na powierzchni kości udowych, poniżej szyjek, liczne ubytki tkanki kostnej oraz nowe jej nawarstwienia.

Merenlender. **Przypadek odosobnionej ostrej pęcherzycy (*Pemphigus acutus*) jamy ustnej.**

L. L., 43 lat, handlarz starzyzną — zachorował nagle 2 tygodnie temu. Miał gorączkę, dreszcze, jednocześnie uczuł „palenie" w ustach. Lekarstw nie przyjmował.

St. ob. Na skórze, w narządach wewnętrznych, układzie nerwowym i gardzieli zmian niema. Jama ustna przedstawia się jak następuje: na twardym i miękkim podniebieniu, na języczku, na śluzówce języka i warg widoczne są bardzo liczne nadżerki czerwone, niektóre lekko krwiawiące i pokryte włóknikową powłoką, otoczone strzępami nabłonka; zmiany te są ostro odgraniczone

i bolesne. Na tylnej części języka widać pozatym wyraźne 2 pęcherzyki wielkości drobnego grochu.

Objaw Nikolskiego — ujemny; mocz — bez zmian; temper. normalna. Morfologiczne badanie krwi wykazało tylko powiększoną liczbę mononuklearnych komórek.

Rozpoznanie. Nadzwyczaj rzadki przypadek odosobniony ostrej pęcherzycy jamy ustnej w szczególnie łagodnej postaci.

Przy różniczkowaniu należałoby wyłączyć: 1) kiłę — w danym przypadku wywiady, Wasserman, badania skóry dały wynik ujemny; prócz tego w kile wykwity byłyby nacieczone, barwa ich byłaby inna (opalescencja); 2) rumień wysiękowy wielopostaciowy — bywają co prawda nader rzadkie przypadki z odosobnionym umiejscowieniem w jamie ustnej (Łukasiewicz pierwszy na to zwrócił uwagę), lecz pęcherze nie są wówczas tak powierzchowne, jak w pęcherzycy, powstają wolniej, nie są jednokomorowe, nie pękają tak łatwo.—Przypadek ten zasługuje na podkreślenie: a) z powodu odosobnionego umiejscowienia w jamie ustnej (zwykle na tułowiu, twarzy, kończynach), — zazwyczaj spostrzegamy tworzenie się krótkotrwałych pęcherzy na błonach śluzowych jamy ustnej, współcześnie ze zmianą na skórze; — b) z powodu zajęcia śluzówki jamy ustnej, co uchodzi zwykle za zły objaw dla rokowania o pęcherzycy ostrej. W danym przypadku, jak to jednak w znikomym odsetku się zdarza, możliwe jest wyzdrowienie. Przypadek ten należałoby zatym zaliczyć do łagodnych, a rzadkich, choć nie jest wyłączone ze obecne zmiany w jamie ustnej mogą być tylko wstępem do wybuchu ogólnej ostrej pęcherzycy ze złym zejściem. Dalsze obserwowanie chorego rzecz tą wyjaśni.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 14 września 1923 r.

Przewodniczył Jastrzębski.

Przed posiedzeniem Jastrzębski i Poncz w gorących słowach uczcili pamięć znakomitego pedagoga i uczonego prof. Hornowskiego.

Markusfeld. **Przypadek grzybicy guzowej:** (*Mycosis fungoides*).

Ch. W. l. 27, przybyła na oddział 5. VII. 23 r. Półtora roku temu dostała uporczywego swędzenia skóry; w grudniu 1922 r. spostrzegła plamy na biodrach i na ramionach, a następnie i na całym ciele. Leczono ją środkami farmakologicznemi. W kwietniu r. b. na ciele wystąpiły guzy wraz z bardzo silnym swędzeniem; w czerwcu na miejscach guzów wytworzyły się owrzodzenia. W ostatnim roku znacznie zeszczuplala. Nie gorączkuje. Na skórze tułowia i kończyn dolnych w dniu przybycia na oddział widać było okrągławe ciemno-różowe plamy różnej wielkości, pokryte

drobnemi suchemi łuskami z nieznacznemi wysypkami skóry normalnej. Wsród tych plam były miejsca nacieczone w postaci blaszek, wielkości orzecha laskowego do dłoni dziecka, o brzegach ostro odgraniczonych i łuszczącej się powierzchni. Na plecach i z boku klatki piersiowej rozsiane różnokształtne elastyczne guzy, do wielkości orzecha włoskiego. Guzy te o powierzchni przeważnie gładkiej, gdzieniegdzie nierównej i częściowo owrzodziałej, przesuwać można było tylko wraz ze skórą. Większe owrzodzenie znajdujemy po stronie prawej, w okolicy obojczyka i w dolnej części szyi, o brzegach wzniesionych, z dnem, pokrytym białym nalotem i rozpoczynającym się zabliźnianiem środka. Na owłosionej części skóry szereg blizn kształtu owalnego lub formy gniazdkowatej, otoczonych zabarwioną obwódką, a miejscami w stanie silnego przekrwienia. W końcu sierpnia były już zmiany następujące: na plecach, z boku klatki piersiowej, na owłosionej części głowy— szereg blizn o rozmaitym kształcie, gdzieniegdzie silnie przekrwionych w obwódką barwikową; prócz blizn na całym ciele skóra sucha zlekka nacieczona, tak pokryta drobnemi białemi łuskami, że gdzieniegdzie tylko pozostały nieznaczne przestrzenie skóry normalnej. Gruczoły chłonne pachwinowe, łokciowe i pachowe powiększone, dość twarde i niebolesne. W jamie ustnej zmian nie było; dostępne badaniu powierzchnie kości — normalne. Odczyny Wasserm. w krwi oraz Pirquet'a — ujemne.

Obraz mikroskopowy krwi (10. VII. 23): erytrocyt 5,040.000, leukocyt. 8.400, Hg. 84%, neutrofil. 68%, eozynochłon. 19.5%, przejściowe i jednojądr. 4.5%, limfocyt 8%; — prócz więc wybitnej eozynofilji innych zmian niema. Mocz — normalny. Dno oka bez zmian. Ze strony układu nerwowego — zniesione odruchy łącznicowe i osłabienie gardzielowego. Płuca, serce — normalne. Tętno 116, miarowe; napięcie mierne. Narządy jamy brzusznej — normalne; śledziona nie powiększona. Miesiączkowanie prawidłowe (w ciąży była dwukrotnie). Gruczoł tarczowy niepowiększony. Objawów ze strony przysadki mózgowej i nadnerczy niema. Próba Aschnera dodatnia. Objaw Tschermaka: przy ucisku na nerw błędny nad obojczykiem — naprzód zatrzymanie tętna, później zwolnienie o 7 uderzeń. Ciśnienie krwi (Riva — Rocci) przed zastrzyknięciem adrenaliny 110 — 90 (tętno 112); po zastrzyknięciu adrenaliny 140 — 120 (tętno 124); cukromocz nie występuje. Próba z pilokarpiną ujemna. Próba Löwy'ego ujemna. Badanie krwi (12. IX. 23): leukocyt. 7200; neutrofil 58%, eozynofil. 22%, limfocyt. 11%, przejściowych i monocyt. 9%.

Na mocy wyżej otrzymanych danych można wyłączyć białaczkę oraz białaczkę rzekomą, co w danym przypadku jest ważne. Można tu również wyłączyć zmiany w przysadce mózgowej, w gruczole tarczowym, jajnikach, nadnerczach i w trzustce. Według kol. Szourama się jednak w danym wypadku do czynienia z va-

gotonją, gdy uwzględnimy wybitny objaw Aschnera (ze 116 tętno zwolniło się do 84), Tschermaka, znaczną eozynofilję i t. d., pomimo słabej reakcji na pilokarpinę. Zmiany drobnowidowe w skórze stwierdzono na skrawku jednego z guzów, a mianowicie: nacieczenie przeważnie w obrębie tkanki łącznej brodawkowej i podbrodawkowej, na wysokości powierzchownej siatki naczyń, wzdłuż i naokoło naczyń i gruczołów skórnych; nacieczenia te tworzą niejednolite, lecz wielokształtne różnorodne komórki; naczynia, krwią ściśle wypełnione, w ścianach naczyń miejscami ogniska nacieczenia, światło naczyń mniej lub więcej zwężone. Włókna klejowe tkanki łącznej przeważnie zachowane tylko miejscami w stanie zaniku częściowego, gdzieniegdzie nowe delikatne włókienka i naczynia. Włókna elastyczne bez zmian. Nabłonek miejscami nacieczony; warstwa kolczasta rozrosła, warstwa ziarnista występuje bardzo wyraźnie.

Lubelczyk. **O leczeniu Mycosis fungoides prom. Roentgena.**

Najlepszym sposobem leczenia *Mycosis fungoides* w każdym okresie choroby tej są prom. R. Przytym zaznaczyć trzeba, że nieraz już nazajutrz po naświetlaniu ognisk w okresie pierwszym, gdy występują one pod postacią wykwitów, przypominających pokrzywkę, pryszczycę, wzgl. łuszczycę, —swędzenie, wywołane przez te objawy skórne ustaje, wydzielina się zmniejsza, a i same ogniska stopniowo giną. Następnie i czerwono-niebieskie ogniska nacieczone okresu późniejszego w kilka dni po naświetlaniu bledną, skóra na ich miejscu staje się gładką i miękką. Wynik dodatni naświetlania daje się również zauważyć i wówczas, kiedy występują guzy. I wtedy swędzenie stopniowo ustępuje, wydzielina owrzodzeń staje się mniej obfitą, poczym już stopniowo oczyszczają się i goją zupełnie. Jednocześnie guzy zmniejszają się, znikają z powierzchni skóry, pozostawiając jedynie ślady barwikowe. Ten okres ostatni choroby, aczkolwiek znakomicie poddaje się działaniu prom, R., jest jednak dla chorego zawsze jeszcze niebezpieczny, guzy bowiem dają często liczne nawroty na tych miejscach powierzchni skóry, które nie były naświetlane, albo też i w narządach wewnętrznych, co znów często prowadzić może do zejścia śmiertelnego z powodu wycieńczenia chorych. Stąd też wynika, że im wcześniej chory z rozpoznaniem *Mycosis fungoides* będzie podlegał leczeniu prom. R., tym większa będzie nadzieja zupełnego jego wyleczenia. Słuszność poglądu takiego na terapję, a podzielać go winni dermatolodzy, można poprzeć wielu danemi z piśmiennictwa o tym rzadkim, na szczęście schorzeniu.

Scholtz w 1902 r. pierwszy stosował leczenie prom. R., lecz nie posiadał bliższych wiadomości o losie chorego. Riehl opisuje 3 przypadki *Mycosis fungoides*, leczone prom. R., z dodatnim wynikiem, aczkolwiek w jednym śmierć nastąpiła po pewnym czasie

wskutek nawrotów. Carrier (1904 r.) mówi o długotrwałym wyleczeniu u 75 l. starca, którego skóra pokryta była mnóstwem wrzodziejących guzów. Brock i Belot (Traité de radiothérapie, 1903), Bohać w Pradze przytaczają przypadki *Mycosis fungoides*, leczone szereg lat bez skutku środkami farmakologicznemi, gdy rentgenoterapja dała natomiast wyniki nadspodziewane. Wetterer również opisuje przypadki długotrwałego wyleczenia, stosując w okresie I 5 — 6 H. przez filtr. 1 — 2 mm. z glinu, w okresie II 8 — 10 H. filtr. 3 — 4 mm. z glinu, w okresie III 12—15 H. filtr. 2 mm. glinu + 1 mm. miedzi. Schreus daje 0,5—0,8 ED. filtr. 0,5—1 mm. glinu, Holzknecht i Lenk 2—6 H. filtr. 1—3 mm. glinu z przerwą trzytygodniową. W przypadku, pokazanym przez dr. Markusfelda, stosowano metodę Holcknecht'a. Powierzchnię skóry chorej naświetlano w 25 miejscach. Odległość między ogniskiem a skórą 22 — 26 cm., promienie stosowano o sile $2^1/_2$ MA. (natężenie 90 kilovolt), przez filtr 1,5 mm. z glinu i dając 4 — 6 H na poszczególne pole naświetlania. Swędzenie ustąpiło, ogniska nacieczeń zbladły, pozostała gładka i miękka skóra. Na miejscu guzów pozostały blizny, otoczone barwikową obwódką. Stan zdrowia pacjentki jest obecnie zupełnie pomyślny, a czy nie nastąpią nawroty—przyszłość okaże.

TREŚĆ NUMERU:

SOMMAIRE:

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **H. Altkaufer, E. Flatau, Wcł. Sterling, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji:

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507-12. Dr J Rotstadt

Adres Admistracji:

Szpital Starozak, Pawilon III, Oddział Ginekol I, tel 507-05. Dr. H. Altkaufer

Skład Główny: E. Wende i S-ka, Krak.-Przedmieście 9.

„Drukarnia Krajowa" (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89.